
El enfermo terminal como clase interactiva.

Enfermos incurables en España (1850-1955)



Juan Manuel Zaragoza Bernal

Imagen de cubierta: © Victoria Diehl

Vida y Muerte de las Estatuas, 2003.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

Departamento de Lingüística, Lenguas Modernas, Lógica y Filosofía
de la Ciencia, Teoría de la Literatura y Literatura Comparada

**EL ENFERMO TERMINAL COMO CLASE INTERACTIVA.
ENFERMOS INCURABLES EN ESPAÑA (1850-1955)**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR POR**

Juan Manuel Zaragoza Bernal

Bajo la dirección del Doctor:

Javier Moscoso Sarabia

Madrid, 2012

Para Merkel, mi presente

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	9
AGRADECIMIENTOS	13
INTRODUCCIÓN	17
PRIMERA PARTE	35
1.- “... POR MÁS EFICAZ QUE SEA LA VIGILANCIA...”	37
2.- LA PALABRA MÁS BRUTAL	41
2.1.- LA ENFERMEDAD	41
2.2.- LOCALIZANDO LA ENFERMEDAD	60
3.- EL HOSPITAL DE HOMBRES INCURABLES NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.....	81
3.1.- LA REFORMA DE LA BENEFICENCIA.....	82
3.2.- SEDES DE LA ENFERMEDAD.....	86
3.3.- MIRADA TRISTE.....	113
4.- UNA ONZA DE LÁUDANO.....	119
5.- “UN MEDICAMENTO DULCE”	133
6.- CONCLUSIONES	141
SEGUNDA PARTE	151
1.- “SUMIDO EN LA MAYOR MISERIA Y DESCONSUELO”. PACIENTES INCURABLES Y CRÓNICOS EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX.....	153
1.1.- DISEASE, ILLNESS, SICKNESS	157
1.2.- ¿UNA ENFERMEDAD INCURABLE?.....	167
1.3.- CONSIDERACIONES FINALES	176
2.- HISTORIA DE LAS EMOCIONES.....	183
2.1.- INTRODUCCIÓN.....	183
2.2.- ACUERDOS Y DESACUERDOS EN LA HISTORIA DE LAS EMOCIONES.....	185
2.3.- HACIA UNA HISTORIA MATERIAL DE LAS EMOCIONES.....	203
3.- “EL SILENCIO DE LAS SIMPATÍAS”. ESPACIOS EMOCIONALES EN LA MEDICINA DEL SIGLO XIX	215
3.1.- UN DURO EN PIEZAS. JUEGO Y DESPOSESIÓN DEL YO	216

3.2.- ESPACIOS EMOCIONALES: EL SILENCIO DE LAS SIMPATÍAS.....	225
3.3.- CONCLUSIONES.....	244
4.- EL COLOR DE TU ALMA.....	247
4.1.- CONSPIRACIÓN	247
4.2.- EL VIAJE DEFINITIVO	252
4.3.- RÍOS QUE SE VAN	264
4.4.- LA SALA ZENOBIA – JUAN RAMÓN JIMÉNEZ.....	272
4.5.- ENTREMEZCLADOS	286
5. CONCLUSIONS	291
ANEXO: CONCLUSIONES	305
BIBLIOGRAFÍA.....	319
ARCHIVOS CONSULTADOS.....	319
PUBLICACIONES PERIÓDICAS (ANTERIORES A 1900)	319
FUENTES PUBLICADAS (ANTERIORES A 1900).....	320
FUENTES PUBLICADAS (POSTERIORES A 1900)	325
ÍNDICE ONOMÁSTICO.....	341

Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1:	LE DOCTEUR P. PINEL FAISANT TOMBER LES CHAÎNES DES ALIÉNÉS. TONY ROBERT-FLEURY, S.D., LOC: PARIS, HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE...	47
ILUSTRACIÓN 2:	BARRIO DE SAN VICTOR, A ORILLAS DEL SENA, DONDE SE INSTALÓ EL HOSPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. FUENTE: BOUCHER 1833, P. 15.	59
ILUSTRACIÓN 3:	CAPILLA DE LA SÂLPETRIÈRE (3), BATIMENT MAZARIN (1), BATIMENT LASSAI (2). PLANTA. HUSSON 1862, P. 284	61
ILUSTRACIÓN 4:	HOSPITAL DE SALPÊTRIÈRE. GRABADO SOBRE ACERO. 1853. WWW.POORHOUSESTORY.COM	62
ILUSTRACIÓN 5:	PLANTA GENERAL DE LA SALPÊTRIÈRE. HUSSON 1862, PLANCHA VI. APÉNDICES	63
ILUSTRACIÓN 6:	SECCIÓN DEL PLANO CORRESPONDIENTE A LA ANTIGUA CÁRCEL DE LA FORCE Y AL BATIMENT MAZARIN, LASSAY Y ST. CLAIRE. AMPLIACIÓN DE LA ILUSTRACIÓN 5.	64
ILUSTRACIÓN 7:	VISITE DE M. ET MME. NECKER À L'HOSPICE DE LA CHARITÉ. ÉCOLE FRANÇAISE, VERS 1780. HUILE SUR TOILE. MUSÉE DE L'ASISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS	65
ILUSTRACIÓN 8:	AMEUBLEMENT DES SALLE DE MALADES. HUSSON 1862, PLANCHA A.	67
ILUSTRACIÓN 9:	AMEUBLEMENT DES SALLES DE MALADES. HUSSON 1862, PLANCHA B. DETALLE.	68
ILUSTRACIÓN 10:	CHARCOT EN LA SÂLPETRIÈRE, C. 1889. LUIS JIMÉNEZ Y ARANDA, MUSEO PROVINCIAL DE ARTE, SEVILLA.	69
ILUSTRACIÓN 11:	BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL HOSPITAL LARIBOISIÈR. HISTORIA CLÍNICA DE J.B. LETOURNER, 1861.	72
ILUSTRACIÓN 12:	BOLETÍN ESTADÍSTICO DEL HOSPITAL LARIBOISIÈR. HISTORIA CLÍNICA DE J.B. LETOURNER, 1861.	75
ILUSTRACIÓN 13:	FOTOGRAFÍA EXTRAÍDA DE UN INFORME DE CHARCOT (IZQ.) Y VACIADO EN CERA DEL MISMO CASO (DER.). PRESTAR ESPECIAL ATENCIÓN A LA DEFORMIDAD DE LA RODILLA IZQUIERDA. FUENTE: DIDI-HUBERMAN 2007.	77
ILUSTRACIÓN 14:	PORTADA DEL HOSPITAL DE INCURABLES NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN. MADRID, 1892. AHN.	88
ILUSTRACIÓN 15:	FOTOGRAFÍA DEL INMUEBLE SITUADO EN LA C/ DE ATOCHA, Nº 87, ANTIGUA SEDE DEL HOSPITAL DE INCURABLES NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN. EN PRIMER PLANO, IGLESIA DEL SANTÍSIMO CRISTO DE LA FE.	89
ILUSTRACIÓN 16:	MRS. WINSLOW'S SOOTHING SYRUP... FOR CHILDREN TEETHING. CONTENÍA 65 G. DE OPIO POR ONZA. 1887.	119
ILUSTRACIÓN 17:	ELIXIR PAREGÓRICO (RECTO), FABRICADO EN 1906 POR STICKNEY AND POOR'S, MASSACHUSSETS.	121
ILUSTRACIÓN 18:	ELIXIR PAREGÓRICO (VERSO), INDICANDO LAS DOSIS RECOMENDADAS.	121
ILUSTRACIÓN 19:	ENTIERRO DEL CONDE DE TORENO. LA ILUSTRACIÓN ESPAÑOLA Y AMERICANA. 8 DE FEBRERO DE 1890.	159

ILUSTRACIÓN 20:	<i>ALCOHOLISMO</i> . POR DR. GUSTAVE PHILLIPPON Y D. LEGRAIN. MATERIAL PARA LA ENSEÑANZA.	170
ILUSTRACIÓN 21:	LOS JUGADORES (1870). SIMÓN GÓMEZ POLO (1845-1880). MACBA, BARCELONA.	215
ILUSTRACIÓN 22:	JAN STEEN (1626-1679) <i>ARGUMENT OVER A CARD GAME</i> . OLIO SOBRE LIENZO, STAATTLICHE MUSEEN, BERLIN.	216
ILUSTRACIÓN 23:	VISITA DE SU MAJESTAD LA REINA AL HOSPITAL DE LAS INCURABLES. DIBUJO: MIRANDA; GRABADO: CAPUZ, <i>LA ILUSTRACIÓN ESPAÑOLA Y AMERICA</i> , 5 DE ABRIL DE 1871.	239
ILUSTRACIÓN 24:	CASA DE ZENOBIA Y JUAN RAMÓN EN RIVERDALE	254
ILUSTRACIÓN 25:	FACHADA DE LA TIENDA ARTE POPULAR, HACIA 1928.	257
ILUSTRACIÓN 26:	BUSTO DE ZENOBIA CAMPRUBÍ, 1932.	261
ILUSTRACIÓN 27:	ZENOBIA EN LA SALA. PUERTO RICO, HACIA 1956.	284
ILUSTRACIÓN 28:	JOAQUÍN SOROLLA, <i>RETRATO DE ZENOBIA CAMPRUBÍ</i> , 1918. ÓLEO SOBRE LIENZO. UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO.	285
ILUSTRACIÓN 29:	JUAN RAMÓN EN LA SALA, 1957.	286
ILUSTRACIÓN 30:	JOAQUÍN SOROLLA EN EL JARDÍN DE SU CASA EN CHAMBERÍ, C. 1920. FUENTE: ARCHIVO DE LA CASA-MUSEO "JOAQUÍN SOROLLA".	289
ILUSTRACIÓN 31:	JOAQUÍN SOROLLA, <i>RETRATO DE LA SEÑORA DE PÉREZ DE AYALA</i> , 1920. CASA-MUSEO "JOAQUÍN SOROLLA", N.º. INV.º. 1.276.	291
ILUSTRACIÓN 32:	JOAQUÍN SOROLLA APOYÁNDOSE EN UN BASTÓN SE RECLINA SOBRE EL HOMBRO DERECHO DEL EDITOR Y PINTOR FERNANDO VISCAI. POSIBLEMENTE SAN SEBASTIÁN, 21/09/1921. ARCHIVO DE LA CASA-MUSEO "JOAQUÍN SOROLLA".	292

Abstract

This is a thesis on historical ontology. My aim is to trace the history of the interactive class “terminally ill”. The new class appeared in the 1960’s as part of Cicely Saunder’s theoretical developments. The hospice movement itself was the result of a set of cultural dynamics that started after the World War I. Some of them are presented and analysed in my dissertation.

I develop one main hypothesis and two sub hypothesis. My main hypothesis is: The emergence of the discipline of Palliative Care in the 1960’s entailed the appearance of a new style of scientific thinking in health sciences. The distinctive feature of the new style was its focus on patient’s experience. The emergence of the hospice movement was related with, but independent from, the development of biomedicine: neither its object (terminally ill) nor its method (pain control) were part of biomedicine’s main interests. Neither of the last goal of Palliative Care: medicine should take care of those patients it cannot cure. My dissertation focus on the process that made possible the appearance of the *object* of the new discipline: the interactive category “terminally ill”.

My sub hypothesis are: 1) the patient’s subjective experience is essential to the understanding of the phenomenon. That implies the history from the patient’s perspective as the adequate research method. This history should include historical ontology to Roy Porter’s approach, besides Roger Cooter’s and Florin Condrau’s criticism; 2) Material culture is central to the development of the category and, at the same time, shapes patient’s experience. By means of it, I will follow the modifications in patient’s experience and how influenced the configuration of the category.

I have focused my research in the Spanish case. Specifically, I have studied the Hospital for Incurable Men “Nuestra Señora del Carmen”, in Madrid. The hospital, part of the Spanish Charity network, was the place where incurable men from all the country were confined and treated. The hospital opened at 1850, and closed at 1949. This wide temporary frame allows the study of the evolution of the category and the understanding of the changes that originated the emergence of the terminally ill from the old category. The use of alternative cases, like those of Joaquín Sorolla and Zenobia Camprubí, make possible a wider understanding of the phenomenon.

Keywords: historical ontology; incurable disease; terminally ill; patient’s experience; material culture

Resumen

La presente es una tesis de ontología histórica. Su intención es trazar la historia de la clase interactiva “enfermo terminal”, una nueva clase que apareció en la década de 1960 como parte de los estudios teóricos y prácticos de Cicely Saunders sobre enfermos incurables de cáncer. El movimiento *hospice*, fundado por Saunders, fue el resultado de un conjunto de dinámicas culturales que se iniciaron tras la I Guerra Mundial, algunas de las cuales son presentadas y analizadas en esta tesis.

La hipótesis principal defendida en esta tesis sostiene que la aparición de la disciplina de los cuidados paliativos en la década de 1960 significó la aparición de un nuevo estilo de pensamiento científico en las ciencias de la salud. La característica distintiva de este nuevo estilo fue su énfasis en la experiencia subjetiva del paciente. La emergencia del movimiento *hospice* está relacionada con, pero es independiente de, el desarrollo de la biomedicina: ni su objeto (los enfermos terminales) ni su método (el control del dolor) formaban parte de los intereses principales de aquella. Tampoco el fundamento último de los cuidados paliativos: la medicina debía cuidar a aquellos pacientes que no podía curar. La presente tesis se centra en los procesos que hicieron posible la aparición del *objeto* de la nueva disciplina: la categoría interactiva “enfermo incurable”.

Se sostiene esta hipótesis, a su vez, en otras dos hipótesis secundarias: 1) la experiencia subjetiva del paciente es esencial para la comprensión del fenómeno. Esto implica llevar a cabo una historia desde la perspectiva del paciente como estrategia de investigación más adecuada. Esta historia deberá incluir la ontología histórica en la primera formulación de Roy Porter, así como las críticas aportadas por Roger Cooter y Florin Condrau a la misma; 2) La cultura material es central en el desarrollo de la categoría y, al mismo tiempo, da forma a la experiencia del paciente. A través de su estudio será posible seguir las modificaciones en la experiencia del paciente, así como profundizar nuestra comprensión de en qué medida contribuye a la configuración de la categoría.

La tesis se centra en el estudio del caso hispano. Más concretamente, se estudia en profundidad el Hospital para hombres incurables Nuestra Señora del Carmen, de Madrid. El hospital, que formaba parte de la red asistencial de la Beneficencia del Reino, acogió a enfermos incurables de todo el país desde su apertura, en 1850, hasta su cierre en 1949. Este largo lapso de tiempo permite el seguimiento del desarrollo de la categoría enfermo incurable, desde su formulación moderna, a mediados del XIX, hasta la aparición de la de enfermo terminal a mediados del siglo XX. El empleo de casos complementarios, como son los casos de Joaquín Sorolla y Zenobia Camprubí, hacen posible un entendimiento más amplio del fenómeno.

Palabras clave: ontología histórica; enfermo incurable; enfermo terminal; experiencia del paciente; cultura material

Agradecimientos

He adquirido, durante los últimos cuatro años, gran cantidad de deudas con personas e instituciones de diversos lugares y procedencias, algunas de ellas inesperadas, todas bienvenidas. El Gobierno Vasco me concedió una beca para la realización de la tesis doctoral gracias a la cual he podido llevar a cabo este trabajo. Igualmente, el Ministerio de Ciencia e Innovación, la Comunidad de Madrid y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas han apoyado esta investigación a través de estancias y ayudas para la asistencia a congresos y seminarios, tanto nacionales como extranjeros¹. El Instituto de Filosofía del Centro de Ciencias Humanas y Sociales ha aportado los medios materiales y el espacio de trabajo adecuado para terminar este proyecto, así como el estímulo intelectual necesario para intentar que mi trabajo fuera mejor cada día.

Pero la ayuda de estas instituciones hubiera resultado insuficiente sin el apoyo que he encontrado en amigos y colegas que me han levantado cuando estaba caído y me han empujado para llegar más allá de mis límites. En primer lugar, mi director, Javier Moscoso, que no sólo ha aportado su amplio conocimiento de la historia y de otras materias de más dudosa utilidad (como puede ser el uso adecuado del látigo para la penitencia), sino sobre todo su capacidad para crear un ambiente de trabajo en el que las diferencias jerárquicas se difuminan para dejar paso a un ejercicio horizontal y democrático de la investigación, una muestra más de su infinita generosidad profesional y personal.

Javier Ordóñez, catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad Autónoma de Madrid, me recibió en su casa sabiendo poco más que mi nombre y me ha

¹ El presente trabajo se ha podido realizar merced a una Beca para la Formación de Investigadores, modalidad predoctoral, del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, ref. BFI07.33. También ha contado con ayuda de los proyectos del MICIIN FFI2010-20876: "Epistemología histórica. Historia de las emociones en los siglos XIX y XX", HUM2007-63267: "Epistemología histórica. Estilos de razonamiento científico y modelos culturales en el Mundo Moderno: El dolor y la guerra", así como el proyecto de la Comunidad de Madrid "CREP-CM - Estudios de Ciencia y Cultura: Culturas, Espacios, Representaciones y Prácticas".

ofrecido su sabiduría, su *savoir faire*, su personalidad brillante, divertida y generosa. A cambio, yo he tenido la desfachatez de enviarle cientos de e-mails.

Concha Roldán, directora del Instituto de Filosofía del Centro de Ciencias Humanas y Sociales, ha derrochado su esfuerzo y energía en hacer que todos los becarios, seres transitorios por definición, nos sintamos parte fundamental del Instituto.

Juan Pimentel, profesor de investigación del CSIC, me ha trasladado su pasión por la escritura de la historia, así como la necesidad de ser fiel a mis fuentes para ser justo con mis lectores. Los cigarrillos compartidos en la puerta trasera del Consejo contribuyeron a que nuestras vidas tal vez sean más cortas, pero sin lugar a dudas mucho más ricas.

Mis compañeros del Consejo (Paula Martos, Pedro Ochoa, Carmen Doménech, Maria José Miranda, María González Aguado, María G. Navarro, Noelia González, Paco Guzmán, Anda Butoiu, Pamela Colombo, Rebeca Ibáñez, Ricardo Gutiérrez, Rosana Triviño) me ayudaron de mil formas posibles a lo largo de estos cuatro años. Jose Ramón Marcaida, Antonio Sánchez y Alberto Fragio ejercieron de hermanos mayores. Nike Fakiner y Clara Zarza me dejaron compartir sus proyectos, espacios y risas. Bea Pichel compartió conmigo su infinita sonrisa y con Fanny Hernández tomé un café de cuatro horas. Victoria Diehl no sólo ha dejado que una de sus maravillosas fotos ilustre mi portada, sino que me ha permitido entrever su luminosidad. Con mi gente de Murcia (Gabri Ródenas, Maria José Alcaraz, Diego García) he compartido cafés y cervezas hablando de filosofía y Javier Medina lleva años pidiendo leer algo mío (lo que sea). Todos ellos merecen mucho más que unas líneas.

Cómo no, los miembros del grupo de investigación HIST-EX han proporcionado el espacio intelectual y emocional adecuado para terminar este trabajo, así como cervezas, risas y un espíritu (el de Braojos) que todavía sopla.

Gracias también a mi familia, que me apoyó incluso cuando pensaron que me estaba equivocando: mi madre me enseñó qué es luchar por lo que amas y mis hermanas fueron un refugio acogedor sin siquiera saberlo.

Susana, que ha sido, es y será mi único mundo, es la que da sentido a todo esto.

... el hombre debe aprender, sobre todo, a vivir y utilizar la historia únicamente *al servicio de la vida aprendida*.

Friedrich Nietzsche, *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida*.

El buen historiador se parece al ogro de la leyenda. Ahí donde olfatea carne humana, ahí sabe que está su presa.

Marc Bloch, *Apología para la historia o el oficio de historiador*.

Las emociones pueden carecer de justificación, pero no de historia.

Javier Moscoso, *Historia cultural del dolor*.

Introducción

Ryszard Kapuscinsky (1932-2007), el famoso periodista polaco, publicó en 2004 una suerte de autobiografía bajo el título *Viajes con Heródoto*². En esta obra, el ganador del Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades en 2003 relataba cómo su pasión por viajar nacía de la convicción ética de que, para narrar lo que estaba ocurriendo en su tiempo, debía estar presente como testigo. Que un periodista visite el lugar donde ocurre la acción de la que pretende informar no debería extrañarnos. Lo que puede resultar perturbador es la compañía escogida. ¿Por qué Heródoto?

Kapuscinsky, historiador de formación, elige viajar junto al fundador de la historia para contar los cambios que se producían a su alrededor. La presencia del de Halicarnaso en estos viajes por todo el mundo –desde Persia hasta Angola–, no es casual. Vemos, a lo largo del libro, cómo Kapuscinsky recurre a esta obra fundacional de lo que llamamos *Occidente* para explicarse a sí mismo y explicar a los otros. Explicarse a sí mismo en tanto que un nuevo Heródoto, viajero incansable en busca de información. Explicar a los otros a través de la distancia de lo visto con lo leído. En el proceso, Kapuscinsky logra ir un paso más allá, al generar en el lector la sensación de reconocimiento, no sólo del extraño, sino también, más importante, de él mismo. Kapuscinsky utiliza a Heródoto para explicar, a sí mismo en primer lugar y a sus lectores a continuación, el mundo que se despliega ante sus ojos. Para entender, en definitiva, el tiempo que le ha tocado en suerte. El suyo es un esfuerzo por pensar el presente desde la historia.

El relato de Kapuscinsky nos conduce directamente a Nietzsche (1844-1900). En su *Segunda Intempestiva* el filósofo prusiano reflexiona sobre las distintas formas que el ejercicio de la historia adopta –o puede adoptar–, distinguiendo una historia *monumental*, otra *anticuaria* y, por último, una historia *crítica*³. Los viajes de Kapuscinsky con Heródoto son, sin lugar a dudas, un ejemplo de esta última. No se trata tanto de saber *lo que narra* Heródoto, sino lo que *podría haber narrado* si, en

² Ryszard Kapunscinski, *Viajes con Heródoto*. (Barcelona: Anagrama, 2006).

³ Friedrich Nietzsche, *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida [II Intempestiva]*. (Madrid: Biblioteca Nueva, 2003; primera edición, 1874).

vez de Kapuscinsky, él hubiera sido el autor de este texto. Si hubiera estado, en definitiva, vivo. El viaje de Kapuscinsky es por tanto un juicio a las actitudes de sus coetáneos, pero también un juicio a la historia. Kapuscinsky interroga implacable *Los nueve libros de Historia*, los exprime. No hay misericordia, ni con Heródoto ni con el lector. Rompe el pasado y lo pone al servicio del presente. Y al hacer esto genera una nueva narración, una nueva *historia* que contar. ¿No es este, acaso, el oficio del historiador?

¿Pero qué significa “pensar desde la historia”? ¿Cómo se concreta en un texto? La presente tesis pretende ser una respuesta a estas preguntas. Que lo haya logrado o no es algo que decidirá el lector, pero ahí queda, cuando menos, el intento. De su carácter tentativo deviene también su peculiar estructura. Al contrario que la mayoría de los trabajos que utilizan estudios de caso, aquí se empieza, precisamente, por el caso, que no ilustra la teoría, sino que la reclama. No ejemplifica, requiere. Sin la muerte de Juan José Calero, uno de los protagonistas de este trabajo de investigación, en el Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen de Madrid en el año de 1890, nada hubiera sido posible. Es el intento de explicar lo ocurrido, de entender el por qué de esa muerte, lo que demanda una teoría.

Tal vez sea conveniente explicar, en este momento, cómo se originó el proyecto que dio lugar al texto que ahora se presenta. Durante una conferencia impartida en Murcia en el año 2006, Diego Gracia, catedrático de historia de la medicina de la Complutense, dijo: “todavía no se ha escrito una historia de la enfermedad terminal desde el punto de vista del paciente”. Nuestras lecturas confirmaron esa afirmación: las historias de la enfermedad terminal al uso, tanto en el entorno anglosajón como en el español, se centraban en el papel desempeñado por Cicely Saunders en la década de 1960 como fundadora de la disciplina y la posterior difusión del movimiento “hospice” por diversos países, incluida España⁴. De

⁴ Un excelente ejemplo de esta interpretación en David Clark, “From Margins to Centre: a Review of the History of Palliative Care in Cancer,” *The Lancet Oncology* 8, no. 5 (2007). Clark, sociólogo de formación, es uno de los más prolíficos historiadores de los cuidados paliativos. Una de sus principales líneas de investigación consiste, precisamente, en lo que él llama “internacionalización” de los cuidados paliativos, realizados a través del International Observatory on End of Life Care,

acuerdo a esta interpretación, Saunders había rescatado a los enfermos terminales del olvido social en que se encontraban y había convertido la muerte, cuando resulta de una larga enfermedad, en un proceso digno y sin dolor. Su triunfo posterior era tan sólo la consecuencia lógica de la tarea bien hecha.

Al leer esas historias, sin embargo, quedaba sin respuesta la pregunta principal: ¿por qué en la década de 1960 y no antes? ¿Qué había cambiado para que, de repente, apareciera una nueva categoría –enfermo terminal–, seguida casi de inmediato por una nueva disciplina médica: los cuidados paliativos? La única explicación disponible recurría a la vida de la propia Saunders, a sus valores cristianos, al encuentro con tres enfermos (todos hombres, todos polacos) que cambiarían su vida y, por ende, la de otros enfermos terminales⁵. Pero, ¿cómo

cuyo objetivo es, en sus propias palabras, “to map the level of palliative care development for every country in the world” en David Clark y Fiona Graham, "Evolution and Change in Palliative Care around the World," *Medicine* 39, no. 11 (2011): 635. En España, el más prolífico historiador del movimiento *hospice* ha sido, sin lugar a dudas, Carlos Centeno Cortés, jefe del Equipo de Medicina Paliativa en la Clínica de Navarra. Su adhesión a esta explicación *difusionista* es evidente en textos como el siguiente: “Como en muchas partes, la medicina paliativa en España se ha desarrollado desde abajo. En los años ochenta, algunos profesionales tomaron conciencia de que existía un modo distinto de atender a los pacientes en fase terminal. Con el mérito de los pioneros, buscaron formación y salieron a conocer de cerca la realidad que estaba en marcha”, en Carlos Centeno Cortés y Pedro Arnillas Gómez, "Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos," en *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer*, ed. Marcos Gómez Sancho (Las Palmas: ICEPS, 1988), 242.

⁵ Un buen ejemplo de esta aproximación es el siguiente texto de Carlos Centeno Cortés: “¿Por qué una mujer así, decidió dedicar su vida a los moribundos? La respuesta hay que buscarla en sus creencias religiosas. De joven no era creyente pero tuvo una conversión fulgurante en 1945 que la llevó a acercarse a los Evangelios. Años más tarde, al conocer a David Tasma en 1947, entendió que trabajar con los moribundos era una forma de agradecer a Dios su fe. Esto ocurrió cuando conoció a David Tasma, en 1947. David Tasma era un judío polaco de unos cuarenta años, camarero de profesión, con un cáncer inoperable y sin nadie a su lado. Saunders le atendía profesionalmente como trabajadora social, pero su relación se convirtió en enamoramiento mutuo y en una de las influencias más determinantes de lo que más tarde sería el movimiento *Hospice*. David encontró el sentido de su vida y el de su enfermedad hablando con Saunders de cómo ayudar a otros enfermos que estuvieran en circunstancias similares. Ambos comenzaron a pensar en un sitio distinto en el que padecer una enfermedad incurable no fuera tan doloroso como lo fue para David, con un personal entrenado y hábil en tratar el dolor y que al tiempo se ocupara con delicadeza de atender

encontrar satisfactoria esta explicación? ¿En qué momento la historia había vuelto a ser hagiografía? La diferencia entre “enfermo incurable” y “enfermo terminal” no es solo terminológica. No cambiamos el nombre a un objeto que permanece inalterado. Una nueva categoría, una nueva clase de seres humanos, aparece, al tiempo que otra es profundamente modificada⁶. La biografía de una mujer, por muy excepcional que esta fuera, no resultaba suficiente para explicarlo⁷. No daba cuenta de cómo, de repente, los enfermos terminales ocupaban la primera plana de los periódicos y marcaban la agenda política⁸. No explicaba que nuestras actitudes, apenas en medio siglo, hubieran variado hasta tal extremo. Debía haber algo más, algo que se había pasado por alto. Pronto esa supuesta historia de la enfermedad terminal se convirtió en “pre-historia”. El objetivo había cambiado: queríamos explicar qué había hecho posible que la categoría surgiera en primera instancia.

Remontarse hasta el siglo XIX para explicar tal cambio no era una opción evidente, como tampoco lo era iniciar la tesis con la historia de un único enfermo. ¿Puede un único caso explicar tanto? Creemos que sí. Nuestra inspiración más evidente fue el Menocchio de Ginzburg⁹, pero también el Martin Guerre de Natalie Zemon Davis¹⁰

otras necesidades también. Cuando David falleció, Cicely Saunders ya sabía qué hacer con su vida”, en Carlos Centeno Cortés, Silvia Hernansanz de la Calle y Pedro Arnillas Gómez, "Historia del movimiento Hospice. El desarrollo de los cuidados paliativos en España," en *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, ed. Marcos Gómez Sancho (Madrid: Aran, 1999), 303.

⁶ Ian Hacking, *Historical Ontology*. (Cambridge, Mass. & London: Harvard University Press, 2002).

⁷ Una biografía aceptable de Saunders es Shirley Du Boulay, *Cicely Saunders*. (London: Hodder & Stoughton, 1993).

⁸ En el momento de inicio de esta tesis, los medios de comunicación se ocupaban de lo que se llamó “caso Leganés”: la supuesta mala praxis por parte de los médicos de la unidad del dolor del Hospital Severo Ochoa de Leganés, que habría causado la muerte (según la acusación de forma deliberada) a varios enfermos terminales. Por otra parte, también en esa época de bonanza, casi todas las Comunidades Autónomas, tras asumir las competencias en Sanidad, desarrollaban planes de cuidados paliativos como estandarte de las mejoras en la Sanidad Pública, planes que la actual coyuntura económica ha convertido, irónicamente, en terminales.

⁹ Carlo Ginzburg, *El queso y los gusanos. El cosmos según un molinero del siglo XVI*. (Barcelona: Muchnik Editores, 1997; primera edición, 1976).

¹⁰ Natalie Zemon Davis, *The Return of Martin Guerre*. (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1983).

o la masacre de gatos de Robert Darnton¹¹. La microhistoria y la historia inspirada por la antropología cultural de Clifford Geertz (1926-2006) mostraron, en las últimas décadas del siglo XX, que era posible narrar el pasado de una forma diferente, poniendo a disposición del historiador, como bien dice Zemon Davis, un laboratorio en el que no se generan pruebas ni evidencias, sino posibilidades históricas¹². La historia de Calero, presente en los archivos pero olvidada por los historiadores, sería nuestro laboratorio, donde generaríamos las posibilidades que nos permitieran explicar no sólo su muerte, sino el mundo en que vivió y murió. Su caso nos condujo de las leyes de sanidad y farmacia, al consumo de drogas en el siglo XIX; del hospital como “entrada a la otra vida”, a la taberna como espacio de socialización de las clases obreras; de las buhardillas y sótanos de Madrid, a la casa de un poeta en Puerto Rico. Pero sobre todo nos permitió trazar un recorrido, un camino entre una forma de comprender al enfermo incurable, gestada en el siglo XIX, como un sujeto digno de *compasión* al que se debe ayudar a *bien morir* en el sentido cristiano del término, a otra en que el enfermo incurable es objeto de cuidados que buscan paliar su dolor y mejorar su calidad de vida. Y este cambio en lo que la escuela de *Annales* hubiera llamado *mentalidades* se produce antes de que Cicely Saunders escribiese su primer artículo acuñando el término enfermo terminal. Saunders y el movimiento *hospice*, por tanto, no son causa sino efecto.

Elegir a Calero suponía una nueva decisión metodológica, o mejor dicho, implicaba la elección de un punto de vista, el del enfermo, cuyas consecuencias no pueden ser minimizadas. Siguiendo a Ian Hacking, el objetivo era hacer una historia de la categoría –llamémosla humana, interactiva o pertinente– “enfermo incurable”. La opción de hacerla desde el punto de vista del paciente suponía sostener que dicho punto de vista forma parte de la categoría, es decir, que la definición de categorías como la manejada (referidas a seres humanos) está incompleta si no se incluye la percepción de los categorizados, esto es: las categorías que afectan a humanos incluyen en su definición la percepción de lo que significa ser categorizado. Y puesto que incluyen esta percepción, este entendimiento, los categorizados pueden

¹¹ Robert Darnton, *The Great Cat Massacre and other Episodes in French Cultural History*. (New York: Basic Books, 1999; primera edición, 1984).

¹² Davis, *The Return of Martin Guerre*, viii.

cambiar el contenido de la categoría. De esta forma, la experiencia subjetiva del paciente forma parte del contenido pretendidamente objetivo de la definición de enfermedad incurable. Nuestro convencimiento era compartido, no de forma directa pero sí bastante evidente, por nuestras fuentes. Definir la enfermedad terminal como una “*condena en vida*”, o considerar la gestión de las emociones de los pacientes como una de las medidas imprescindibles para su cuidado, no eran sino formas de reconocer la importancia de la experiencia subjetiva del paciente para la definición objetiva de la enfermedad¹³.

La teoría de Hacking sobre categorías interactivas (base de su “ontología histórica”) es parte integral de otro de sus planteamientos más fructíferos: los estilos de razonamiento¹⁴. Siguiendo a Arthur C. Crombie¹⁵, Hacking defiende la existencia de distintos estilos de razonamiento en la historia de la ciencia, que identificarían distintas “formas de hacer” ciencia. Hacking no ofrece una definición cerrada de estilo de pensamiento, pero sí una serie de características que lo identifican, criterios necesarios para decir de algo que es un “estilo”, el más importante de ellos: la introducción de nuevos “objetos”¹⁶. A estos criterios añade lo que él llama una “definición más analítica”: cada estilo tiene, y se define por, sus propias técnicas de *estabilización*, que le permitirán producir un corpus relativamente estable de conocimiento y asegurarse cierta capacidad de autocorrección¹⁷. Las categorías interactivas serían, sobre todo en la medicina y en

¹³ Jules Massé, *Trois maladies réputées incurables. Épilepsie - Dartres - Scrofules (Exemples de guérison)*. (Paris: P. Brunet, 1861); J.B.F. Descuret, *La médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*. (Paris: Labé, 1844).

¹⁴ Ian Hacking, "Language, Truth, and Reason," en *Historical Ontology*, ed. Ian Hacking (Cambridge, Mass. & London: Harvard University Press, 2002).

¹⁵ Arthur C. Crombie, *Styles of Scientific Thinking in the European Tradition*, 3 vols. (London: Duckworth, 1994).

¹⁶ “J’ai choisi de fixer la terminologie de la façon suivante: le concept le plus général sera *style de pensée*, les styles son distingués par leurs *objets* et leur *méthodes*. Object et méthodes ne son pas deux vecteurs indépendants: ils son fortement liés, pratiquement imbriqués. La conséquence philosophique est que ce son deux aspects imbriqués de ce que c’est dire la vérité selon un nouveau style de pensée”, en Ian Hacking, "Raison et véracité," en *Cours au Collège de France* (Paris: Collège de France, 2006), 2.

¹⁷ Hacking, *Historical Ontology*, 195.

las ciencias de la salud en general, parte de esos “nuevos objetos” capaces de definir un nuevo estilo de pensamiento.

La ordenación del mundo en categorías interactivas constituye un proceso de creación y asignación de significados, en el que los propios categorizados ven limitadas sus posibilidades de escoger o, de manera más global, de *ser* otro tipo de persona que no sea el definido por la categoría que le es impuesta¹⁸. Ser un enfermo incurable en Madrid a finales del siglo XIX significaba que determinadas opciones habían dejado de estar disponibles, que ciertos sentimientos y emociones debían ser evitados, que se era, en definitiva, un ser humano, sí, pero *de otra clase*. Una clase que es profundamente modificada, siendo en parte reemplazada por una nueva, los “enfermos terminales”, que disfrutarán de nuevas opciones, de nuevas oportunidades.

En la presente investigación, por tanto, planteamos una hipótesis principal y dos hipótesis secundarias. Nuestra hipótesis principal es la siguiente: La aparición de la disciplina de los cuidados paliativos en la década de 1960 significó la irrupción de un nuevo estilo de pensamiento científico, tal y como es definido por Hacking, en las ciencias de la salud, caracterizado por la especial atención que presta a la experiencia del paciente para su definición. Se trata de un fenómeno relacionado, pero independiente de la aparición de la biomedicina en las primeras décadas del siglo XX¹⁹: ni su objeto (los enfermos terminales), ni su método (el control de síntomas) formaban parte de los intereses principales de la biomedicina. Tampoco lo era su motivación última: la medicina debe cuidar de aquellos enfermos que no puede curar²⁰. En la presente tesis nos centraremos en el análisis del proceso que hizo posible la aparición del *objeto* de la nueva disciplina: la categoría interactiva “enfermo terminal”.

¹⁸ Ian Hacking, "Kinds of People: Moving Targets," *Proceedings of the British Academy* 151(2007).

¹⁹ Viviane Quirke y Jean-Paul Gaudillière, "The Era of Biomedicine: Science, Medicine, and Public Health in Britain and France after the Second World War," *Medical History* 52, no. 4 (2008).

²⁰ Se ha señalado el interés despertado por la situación de los enfermos de cáncer incurable en las décadas de 1940 y 1950 entre la profesión médica como posible explicación, véase Milton J. Lewis, *Medicine and Care of the Dying. A Modern History*. (New York: Oxford University Press, 2007), 124-25. Sin negar su importancia, sí debemos señalar que dicha inclinación se situaba claramente en los márgenes de la biomedicina, muy lejos de sus principales intereses.

Nuestras hipótesis secundarias son: 1) Para entender la aparición de esta nueva categoría se debe atender a la experiencia subjetiva del paciente, lo que implica hacer una historia desde su punto vista. Esta historia deberá ir más allá de los planteamientos de Roy Porter²¹ e incluir la ontología histórica de Ian Hacking, capaz de explicar el papel de dicha experiencia en la constitución de categorías científicas; 2) La cultura material es parte fundamental de la categoría y, al tiempo, modela la experiencia del paciente. A través de su estudio podremos seguir los cambios acaecidos en tal experiencia y cómo influyen en la constitución de la categoría de enfermo terminal.

La primera parte de este trabajo de investigación reconstruye, de forma siquiera parcial, los momentos previos a la muerte de Juan José Calero. Nuestro protagonista, interno en el Hospital de Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen de Madrid, murió el 30 de mayo de 1890 por una sobredosis de láudano. Ese recinto asistencial, como el Jesús Nazareno para Mujeres, formaba parte de la Beneficencia del Estado tras la reforma llevada a cabo por el gobierno liberal en el año 1845; una reforma culminada en 1847 con la publicación de la Ley General de Beneficencia y Sanidad y puesta definitivamente en marcha en 1852, con la publicación del Real Reglamento que la desarrollaba²². La ley dividía los distintos establecimientos según la administración al cargo, distinguiendo entre aquellos de titularidad municipal (la Gota de Leche, la Casa de Maternidad), los de titularidad provincial (hospitales provinciales) y por último los de titularidad estatal, dedicados al cuidado de aquellos individuos “con necesidades permanentes”. Estos últimos incluían el Manicomio de Leganés, el Hospital del Rey en Toledo, para viejos e impedidos, y finalmente los dos hospitales para incurables localizados en Madrid.

Calero se suicidó. Así lo hacen constar los médicos que lo atienden, los encargados de investigar los hechos e incluso la prensa que se hizo eco del suceso. La circunstancia de que estuvieran tan convencidos nos dice mucho del entorno en

²¹ Roy Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from below," *Theory and Society* 14, no. 2 (1985).

²² VV.AA., ed. *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión* (Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990).

que transcurrieron las últimas horas de nuestro protagonista. Nadie ponía en duda que se hubiera quitado la vida porque esa era la lógica consecuencia de su sufrimiento²³. Pero, ¿era posible que las cosas hubieran ocurrido de forma distinta? ¿Podía, pese a todo, no ser un suicidio? ¿Podría haber sido un accidente? Y si así fuese, ¿habría alguna diferencia? ¿Se haría justicia, preguntarán algunos, a Calero? No era esa, desde luego, nuestra motivación. No hay jueces ni veredictos en la historia. Calero, tal vez el único interesado en que se descubriera la verdad, lleva ciento veintiún años muerto. Cualquier intento de reparación llega demasiado tarde. Nuestra intención no es dictaminar, sino comprender qué podría haber situado a Calero en la encrucijada, qué le podría haber empujado en una dirección u otra. Y lo hacíamos porque estábamos convencidos de que, de esta forma, seríamos capaces de entender un mundo, su mundo, en el que sufrir una enfermedad incurable situaba al paciente fuera de la sociedad.

La historia de Calero nos introdujo en un mundo escasamente estudiado en la historia de la medicina española: el de los hospitales de incurables en el siglo XIX²⁴. Necesitábamos entender este mundo para clarificar el acontecimiento, para distinguir entre suicidio y accidente. No disponíamos, sin embargo, de la fuente fundamental que nos hubiera ayudado en esta tarea: una narrativa, un relato en primera persona del propio Calero. Teníamos tan sólo el informe de la investigación realizada para dilucidar su muerte, y ya eso, teniendo en cuenta las circunstancias, era mucho, aunque resultase insuficiente para nuestros fines. Optamos, por tanto, por una aproximación que podemos calificar de oblicua: ya que no podíamos acceder a los pensamientos de Calero para entender su mundo,

²³ El médico francés Jean Pierre Falret, autor de una obra sobre el suicidio en 1822, incluía entre las causas de este “el dolor real o imaginario que tras haber destruido la armonía de sus facultades y haber llevado el desorden a su voluntad les imponía el sacrificio del más preciado de sus bienes”, Jean Pierre Falret, *De l'Hypochondrie et du suicide. Considérations sur les causes, sur le suège at le traitement de es maladies, sur les motens d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le développement*. (Paris: Croullebois, 1822), 157. Citado en Javier Moscoso, *Historia cultural del dolor*. (Barcelona: Taurus, 2011), 279.

²⁴ El único estudio que conocemos sobre los hospitales de incurables es el de Florentina Vidal Galache, “Ser viejo en Madrid. El Hospital de Incurables de Jesús Nazareno y otros centros de asistencia a los ancianos ” *Espacio, Tiempo y Forma. Serie V, Historia contemporánea*, no. 6 (1993).

intentaríamos acceder a su mundo para entender a Calero. Para ello, fue necesario reconstruir los conocimientos, saberes y prácticas médicas, higiénicas y religiosas que delimitaron las opciones que tenía disponibles, los posibles significados que podía otorgar a su experiencia. Opciones y significados al alcance de Calero, pero también del resto de enfermos incurables que compartían su encierro.

Conforme avanzábamos en nuestro ejercicio de reconstrucción histórica, la definición de enfermedad incurable, entendida como el conjunto de aquellas enfermedades que la medicina no podía curar²⁵, fue tomando forma. Junto a ella, una terapéutica que renunciaba a la curación para centrarse en el control de los síntomas, en paliar sus efectos, por mucho que la mayoría de las veces, como afirma Jean-Martin Charcot (1825-1893), su esfuerzo fuera inútil²⁶. Al analizar los síntomas que más preocupan a los enfermos que buscaban ser admitidos en el Hospital de Incurables, uno de ellos sobresale claramente entre el resto: el dolor. Todos se quejan del dolor, todos lo mencionan, todos lo sufren. ¿Sería este el síntoma a controlar? El estudio de los medicamentos dispensados en el Nuestra Señora del Carmen y las historias clínicas del Hospital Clínico San Carlos de Madrid nos mostraron la incapacidad de la medicina para paliar el dolor de los pacientes. Los opiáceos, únicos analgésicos potentes en la farmacopea de la época, apenas eran utilizados. Posiblemente, como se ha venido sosteniendo en la historiografía sobre el movimiento *hospice*, por motivos éticos y religiosos: la droga se oponía directamente a los intentos de salvar el alma del enfermo²⁷.

Las medidas higiénicas son, según todas las fuentes consultadas, las que mayor efecto podían tener en el estado del interno. Y entre ellas, la principal y más eficaz era el aislamiento. Se aísla al enfermo porque es débil e impresionable. Se le encierra para protegerlo de los peligros del mundo, demasiado intenso para su

²⁵ Maxime Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*. (Paris: Germer Baillière, 1854).

²⁶ Jean-Martin Charcot, "Études pour servir a l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaires chronique forme primitive, etc." (Université de Paris, 1853).

²⁷ Cicely M. Saunders, "Drug Treatment of Patients in the Terminal Stages of Cancer," *Cur Med Drugs*, no. 1 (1960).

endeble constitución, incapaz de resistir las fuertes impresiones²⁸. El hospital se convierte en un espacio controlado, en el que cualquier cambio brusco, cualquier sobresalto, debe ser evitado o, como mínimo, amortiguado. Este gobierno incluye a las emociones de los internos, que deben mantenerse dentro de unos límites seguros, de forma que no tomen el control, que no se “desborden”. Las emociones, que no son sino “transgresiones higiénicas”²⁹, deben ser correctamente gestionadas como parte del concepto de encierro manejado, un encierro que no es tan sólo físico, sino también moral. En este entorno no puede resultar extraño que Calero, posiblemente sufriendo agudos dolores, tal vez incapacitado, en todo caso confinado y controlado, se suicidara. O tal vez tomara el láudano para paliar su dolor, un síntoma que no era tratado por sus médicos, muriendo de una sobredosis accidental. En cualquier caso, aclarar el misterio no era nuestro objetivo –no pretendíamos hacer justicia-. Nuestra intención era saber si seríamos capaces de entender las causas que pudieron empujar a Calero en una dirección u otra. Si seríamos capaces de imaginar qué ocurrió aquella noche de mayo de 1890 y de entender el por qué. Y que el lector lo imaginara y entendiera con nosotros.

Pero la imaginación no es suficiente. Lo sería, desde luego, si este texto fuera un ensayo, o una “dramatización” histórica. Pero no lo es. Como decíamos, la historia de Calero demanda la teoría que sea capaz de explicar lo que pudo ocurrir, una teoría que profundice en la *comprensión* que la descripción (densa) de lo ocurrido buscaba despertar. La segunda parte de la presente tesis, compuesta por cuatro capítulos, contiene nuestro intento por encontrar esa teoría, un intento que parte de la revisión de una de las perspectivas que, desde el comienzo, había estado en la raíz de su concepción: la historia desde el punto de vista del paciente. Dedicamos el primer capítulo a hacer un repaso a la historia de esta corriente historiográfica desde su primera formulación por George Rosen en 1966³⁰, pasando por la actualización llevada a cabo por Roy Porter a mediados de la década de 1980³¹, y

²⁸ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*.

²⁹ Descuret, *La médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*.

³⁰ George Rosen, "People, Disease, and Emotion: Some Newer Problems for Research in Medical History," *Bulletin for the History of Medicine* 41, no. 1 (1967).

³¹ Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from below."

llegando a las críticas desarrolladas por Roger Cooter³² y Florin Condrau³³ en los primeros años del siglo XXI. Estas críticas, que suscribimos totalmente, inciden en la necesidad de superar una concepción de las relaciones de poder en términos puramente estructuralistas, en las que el único tipo de relación posible entre médico y enfermo será bien de *dependencia*, bien de *rebelión*. En nuestra crítica, que busca ampliar el alcance de la formulación clásica de esta corriente historiográfica, apostamos por una historia en la que “el paciente” no nos proporcione únicamente un nuevo punto de vista desde el que narrar procesos ya conocidos, sino que varíe la comprensión de los mismos. Entendemos que hacer historia desde el punto de vista del paciente implica tomarse plenamente en serio el papel del mismo en la creación de las categorías médicas que le incumben, sean estas las de salud, enfermedad incurable o bienestar. Para ello, deberemos romper la barrera entre conocimiento *objetivo* de la enfermedad y experiencia *subjetiva* de la misma, origen el primero de lo que llamaríamos *la-enfermedad-en-sí* y la segunda de la *vivencia* de la enfermedad, lo que Arthur Kleinman llamaría *disease*³⁴ e *illness*³⁵. Se articula, para ello, una crítica a la antropología de la enfermedad de Kleinman basada en la distinción de *perspectivas* entre el médico y el paciente. Sin negar lo que de positivo aporta al estudio de las relaciones entre paciente y enfermedad, criticamos la estricta separación entre perspectivas como algo que no hace sino reproducir un tipo de relato que distingue entre los contenidos objetivos y los subjetivos de la categoría. La primera consecuencia de estas críticas será la propuesta de una comprensión del fenómeno de la enfermedad que tenga en cuenta la teoría de Hacking de las clases interactivas, integrando la experiencia de *ser-categorizado-como* dentro de la definición de la categoría *enfermedad X*. En nuestro caso, como ya apuntamos anteriormente, se trata de entender que la

³² Roger Cooter, "'Framing' the End of the Social History of Medicine," en *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, ed. Frank Huisman y John Harley Warner (Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004).

³³ Florin Condrau, "The Patient's View Meets the Clinical Gaze," *Soc Hist Med* 20, no. 3 (2007).

³⁴ "In the narrow biological terms of the biomedical model, this means that disease is reconfigured *only* as an alteration in biological structure or functioning", Arthur Kleinman, *Suffering, Healing and the Human Condition*. (New York: Basic Books, 1988), 5-6.

³⁵ "Illness refers to how the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability", *ibid.*, 3.

experiencia de Calero forma parte de la definición de *enfermedad incurable*. La segunda consecuencia de esta crítica a lo que hemos calificado como *perspectivismo* consiste en la elección de una forma de hacer la *historia del paciente* que no es la de Porter, sino que recupera la propuesta de Rosen de hacer una historia de las emociones planteada desde la ontología histórica.

En el capítulo segundo exponemos los desarrollos teóricos, las estrategias de investigación y las fuentes a nuestra disposición para llevar a cabo esta historia de las emociones del paciente. Partimos, para ello, de una lectura crítica de los textos más importantes en historia de las emociones publicados a partir del año 2000. Dividimos nuestro análisis, siguiendo a Burke³⁶, en cuatro apartados: 1. Definición del objeto de estudio; 2. Definición de una “sociología” de la emoción; 3. Metodología empleada; 4. Fuentes a nuestra disposición. Las conclusiones de dicho análisis son, como mínimo, contradictorias. Por un lado, constatamos el auge que la historia de las emociones ha cobrado en los últimos diez años, así como la importancia de muchos de sus estudios para desterrar la idea de una estricta separación entre razón y emoción. No obstante, también somos capaces de detectar serias contradicciones y diferencias de enfoque que hacen difícil hablar de la “historia de las emociones” como una *corriente* historiográfica. La principal de ellas es, sin ninguna duda, la falta de un acuerdo mínimo en cómo definir las emociones en la historia y el papel que juegan en los procesos sociales y culturales. El resto de este capítulo pretende, precisamente, proponer una definición *mínima* de dicho papel partiendo, en primer lugar, de una teoría de la cultura basada en el *proceso de objetificación* de David Miller³⁷. Sugerimos a continuación una definición dinámica y social de nuestras emociones, entendidas no como una respuesta, restringida al interior del individuo, a los sucesos que acaecen en el mundo, sino como un elemento que, yendo más allá del sujeto, configura el mundo al mismo tiempo que es configurado por él³⁸. Esta lectura dinámica, creemos,

³⁶ Peter Burke, "Is there a Cultural History of the Emotions?," en *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, ed. Penelope Gouk y Helen Hills (Aldershot: Ashgate, 2005).

³⁷ Daniel Miller, *Stuff*. (Cambridge: Polity Press, 2010).

³⁸ Larissa Z. Tiedens y Colin W. Leach, eds., *The Social Life of Emotions* (Cambridge: Cambridge University Press, 2004).

puede ser una base desde la que construir el mínimo acuerdo en la definición de emoción y su papel en la vida del ser humano que Burke identifica como uno de los problemas de la historia de las emociones³⁹. El capítulo se cierra con la propuesta de dos estrategias de investigación, relacionadas con el estudio de la cultura material. La primera se centra en el análisis de los espacios donde las emociones *acaecen*. Entendemos el espacio como un lugar dinámico, variable e interactivo, en cuya construcción las emociones de los que lo habitan desempeñan un papel determinante. Emociones que son, a su vez, afectadas por el espacio⁴⁰. El estudio de los espacios del pasado debería proporcionarnos, por tanto, acceso a las emociones de los que los habitaron, a través del estudio de sus *atmósferas emocionales*⁴¹. La segunda estrategia consiste en la escritura de *biografías de objetos*⁴². Entendemos que los objetos son depositarios de las emociones de aquellos que los poseen, y que por tanto son importantes mediadores entre aquellas y las emociones de las personas que los rodean. Los objetos crearían, de esta forma, redes afectivas a su alrededor que incluirían otros objetos, personas y espacios⁴³.

El tercer capítulo elabora la primera de estas estrategias analizando un caso, acaecido en el Nuestra Señora del Carmen, en que dos internos son castigados duramente por transgredir la prohibición de jugar dentro del hospital. Tras analizar la imagen que en el siglo XIX español se tiene del juego, asociado a la falta

³⁹ Burke, "Is there a Cultural History of the Emotions?," 38.

⁴⁰ Nigel Thrift, *Non-Representational Theory. Space, politics, affect*. (Abingdon & New York: Routledge, 2008).

⁴¹ Los usos del término son numerosos y ambiguos en la literatura, cfr. Ben Anderson, "Affective Atmospheres," *Emotion, Space and Society* 2(2009). En el presente trabajo definimos "atmósfera emocional" como la experiencia emocional generada por el hecho de estar en un determinado espacio, siguiendo a Oliver J. T. Harris y Tim Flohr Sørensen, "Rethinking Emotion and Material Culture," *Archaeological Dialogues* 17, no. 2 (2010): 153.

⁴² Igor Kopytoff, "The Cultural Biography of Things: Commoditization as Process," en *The social life of things. Commodities in perspective*, ed. Arjun Appadurai (Cambridge: Cambridge University Press, 2010).

⁴³ Bill Brown, *A Sense of Things: the Object Matter of American Literature*. (Chicago & London: University of Chicago Press, 2003).

de voluntad⁴⁴ que conduce a la ruina a través de las violentas pasiones que engendra en los jugadores⁴⁵, concluimos que el juego se prohíbe en tanto que rompe la disciplina emocional que se busca aplicar a los internos. Caracterizamos, por ello, al Nuestra Señora del Carmen como un “espacio emocional”, que definimos, basándonos en los conceptos desarrollados por Erving Goffman (1922-1982) de “marco de interpretación” y “espacio enmarcado”⁴⁶, como aquel en que se busca generar una determinada experiencia emocional en quienes lo habitan. Esta experiencia emocional se crea mediante la instauración de una “atmósfera” a través de la confluencia de una serie de elementos materiales, configurando “redes emocionales”⁴⁷. El espacio emocional funcionará en tanto que estas redes estén constituidas por los elementos apropiados, elementos entre los que no se cuenta, en el caso del Nuestra Señora del Carmen, el juego. Al definir el Hospital de Incurables como un espacio emocional y analizar las redes emocionales que lo componen como tal, profundizamos en nuestra comprensión de la experiencia de Calero.

En el capítulo cuarto y último desarrollamos la segunda estrategia señalada: el análisis del papel desempeñado por los objetos en la creación de estas “redes emocionales” a través de la escritura de su biografía cultural. En este caso, abandonamos los hospitales de incurables madrileños para situarnos, unos sesenta años más tarde, en la Sala Juan Ramón Jiménez – Zenobia Camprubí de la Universidad de Puerto Rico. Creada durante sus últimos años de vida, con Zenobia en las últimas etapas de un cáncer ovárico que acabaría con su vida y Juan Ramón sufriendo una profunda recaída en su depresión de la que nunca se recuperaría⁴⁸,

⁴⁴ Pedro Felipe Monlau y Jose María Rey y Heredia, *Curso de Psicología y Lógica*, 7 ed., 2 vols. (Madrid: M. Rivadeneyra, 1866; primera edición, 1849).

⁴⁵ Joaquim Salarich, "Higiene del Tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón," en *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, ed. Antoni Jutglar (Barcelona: Anthropos, 1984).

⁴⁶ Erving Goffman, *Frame Analysis: an Essay on the Organization of Experience*. (Harmondsworth: Penguin, 1975); Erving Goffman, *Forms of Talk*. (Oxford: Basil Blackwell, 1981).

⁴⁷ Harris y Sørensen, "Rethinking Emotion and Material Culture."

⁴⁸ Graciela Palau de Nemes, "De Zenobia y Juan Ramón, los últimos años: cartas (1951-1956)," *Cuadernos hispanoamericanos* 376-378(1981).

la gestación de dicha sala nos servirá para ilustrar cómo los objetos –su acumulación, para ser exactos–, generaron una nueva serie de significados emocionales para aquellos que estuvieron envueltos en su proceso de creación. La historia de uno de ellos, la mesa del estudio, nos servirá para rastrear cómo se van constituyendo estas nuevas relaciones entre todos los actores implicados. Este capítulo ilustra igualmente lo que anteriormente hemos llamado un “cambio de mentalidad” respecto a la enfermedad incurable⁴⁹. El contraste entre Zenobia y Juan José Calero no podía ser más evidente. Mientras que el mundo de este estaba fuertemente controlado, Zenobia vive su enfermedad en un entorno creativo y vital, sin que en ningún momento nadie a su alrededor se cuestione la necesidad de “defenderla” de las emociones que la rodean. Este cambio, palpable en la historia de Zenobia, en la forma de entender la vivencia de la enfermedad se fue gestando durante las primeras décadas del siglo XX, posibilitando el éxito del movimiento *hospice* de Cicely Saunders a partir de 1960.

El Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen fue cerrado definitivamente en 1949, marcando el final de una forma de entender el impacto de la enfermedad incurable en la vida del enfermo⁵⁰. En 1958, apareció publicado un artículo en la revista *Hospitals* con el título *Emotional support and aid in financial planning: greatest needs in caring for the terminally ill*⁵¹. El título reúne todos los elementos que configurarán la nueva imagen del enfermo terminal: el soporte emocional y el énfasis en el cuidado. No son elementos novedosos, como hemos señalado, pero junto a la nueva categoría, que reformula la de “enfermedad incurable”, el panorama resultante es completamente diferente al vivido por Calero. Más próximo a la experiencia de Zenobia. La categoría “enfermedad terminal” emerge, y una nueva clase de individuos sale a la luz. Nuestra tesis, no obstante, no explica dicha aparición. Se detiene apenas un par de años antes de que Saunders empiece su tarea. En nuestro particular laboratorio de *posibilidades históricas* –la historia desde el punto de vista del paciente–, no hemos encontrado

⁴⁹ Cfr. supra, p. 19

⁵⁰ José Álvarez-Sierra, *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Publicaciones de la Beneficencia Municipal. (Madrid: Artes Gráficas Municipales, 1952).

⁵¹ E. Saunders, "Emotional Support and Aid in Financial Planning: Greatest Needs in Caring for the Terminally Ill," *Hospitals* 32, no. 2 (1958).

explicaciones, pero salimos de él con una mayor *comprensión*. No sólo del pasado, sino también, eso al menos esperamos, del presente, donde lo viejo y lo nuevo conviven sin solución de continuidad:

Regresé al hotel. En la recepción, el lugar del muchacho doliente estaba ocupado por una joven turca de ojos negros. Al verme, su rostro adquirió una expresión en la que la tentadora sonrisa profesional destinada a atraer a los turistas se veía contenida por el mandato de la tradición que, ante un hombre extraño, exigía seriedad y circunspección⁵².

⁵² Kapunscinski, *Viajes con Heródoto*, 296.

PRIMERA PARTE

1.- “... por más eficaz que sea la vigilancia...”

El 30 de mayo de 1890, a las nueve de la mañana, cuando los dos facultativos del Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen de Madrid pasaron revista a los enfermos, se encontraron con que uno de ellos, el enfermo de la cama número 12, había tomado voluntariamente una elevada dosis de láudano a las siete de la mañana. A consecuencia de dicha ingestión, el paciente moriría poco después.

Examinado este, pudimos apreciar en él postracion pulso intermitente, ligera contracción pupilar, aunque sus facultades intelectuales estaban en completo estado de integridad, como lo prueba el haber contestado a cuantas preguntas se le han hecho. Acto continuo, se han presentado los remedios[?] que la ciencia aconseja, hallandose en este momento en estado grave.⁵³

Estos son los síntomas que el enfermo de la cama número 12 presentaba en el momento en que los facultativos se hicieron cargo de él. Los remedios prescritos no se especifican. El estado del enfermo, grave. ¿Qué más podemos saber del estado del enfermo en sus últimos momentos a partir de la extensa documentación contenida en el Legajo 1491/37? Nada más. No sabremos más sobre nuestro enfermo que lo que ya sabemos. Ni sobre los síntomas causados por su sobredosis. Ni su respuesta ante los remedios aplicados. No escucharemos sus palabras, más que como un ligero eco en la voz de otro interno... Pero no es del todo cierto lo que acabo de narrar. Sabremos una cosa más, el enfermo estaba satisfecho:

[...] que esta madrugada habiendole despertado la tos le oyo decir 'bien ha obrado la medicina'.⁵⁴

⁵³ AHN, Fondo Moderno, Ministerio de Gobernación, Secretaría General de Beneficencia, Legajo: 1491/37, Comunicación de la Vicepresidenta de la Institución, la Marquesa de Miraflores, al Director General de la Beneficencia. Informe de los Facultativos. A partir de aquí, se hará constar simplemente AHN para referirnos a la documentación obtenida de dicho fondo. En caso de producirse cambios, se harán constar. En la transcripción de los documentos se ha respetado en todo momento tanto la gramática como la ortografía del original.

⁵⁴ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Cándido Velázquez a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

¿Y sobre su enfermedad? ¿Sobre la enfermedad incurable que le había llevado allí? ¿Qué sabemos? La respuesta es, nuevamente, nada. El motivo de esto se hace evidente con la lectura de los distintos documentos que forman parte del legajo. La intención de la administración del Hospital Nuestra Señora del Carmen no era dilucidar por qué el enfermo ingirió la dosis de láudano que lo llevó a la muerte. La intención de dicha administración era, no podía ser otra, saber quién y por qué medios le había entregado el láudano al enfermo de la cama número 12. Quién había ayudado a morir a Juan José Calero.

Siendo este el propósito, no nos puede extrañar que no sepamos nada más del enfermo. Que no volvamos a escuchar a los dos médicos que lo atendieron. Que no sepamos cómo y cuándo murió. Que para entender los motivos que llevaron a Juan José Calero a tomar una elevada dosis de láudano tengamos que recurrir a frases sueltas de sus compañeros que, durante el curso de la investigación por saber cómo consiguió el veneno, casi de forma anecdótica, comunicaron a Felipe Bances, Comisario Interventor de las Diligencias. La acción de Calero, para ellos, estaba muy clara. No era necesario investigar más que los medios que había empleado para conseguir su fin, el suicidio:

LA FIEBRE DEL SUICIDIO: En el Hospital de Incurables del Carmen, se suicidó tomando un veneno don José Calero, que ocupaba la cama número 2.⁵⁵

Para nosotros, sin embargo, no está tan claro que Calero se suicidase. Alrededor de sus actos se ha creado un vacío que llama poderosamente la atención. Nadie se planteó en ningún momento investigar por qué Calero hizo lo que hizo. A nadie le interesó saber qué le había empujado al suicidio, si realmente fue tal cosa. Ahora la

⁵⁵ *La Iberia*, 31/05/1890, p. 2. La errata del número de cama está presente en la noticia original. No suelen encontrarse en los periódicos generalistas de la época noticias que tengan como protagonistas a internos o familiares de internos en las instituciones estudiadas. En general, las noticias relativas a los hospitales de incurables madrileños tienen que ver con: visita de alguna personalidad (ministro, la reina, etc.); sucesos, como es el caso de esta noticia; y, durante la década de 1860, varias noticias y artículos de opinión, firmados muchos de ellos por Concepción Arenal, a cuenta del proyectado traslado y unificación de ambos hospitales -el de hombres y el de mujeres- a unas instalaciones que debían construirse en la Dehesa de Amanuel, actualmente de la Villa, proyecto que nunca llegó a concretarse por falta de fondos. Más adelante se recuperará esta documentación.

tarea es mucho más difícil. Juan José Calero murió hace 122 años. No podemos preguntarle. También ha muerto el resto de personajes que conforman el reparto de esta historia. Sin embargo, creemos necesario hacer lo que ellos no hicieron. Que no podemos dar por sentado el suicidio. Creemos que es necesario investigar qué pudo empujar a Calero a tomar el láudano. Que es necesario responder a la siguiente pregunta: ¿se suicidó Juan José Calero?

Nada más lejos de nuestra intención que satisfacer la curiosidad morbosa que un acto de esta naturaleza puede despertar. El motivo por el que creemos necesario dar respuesta a la pregunta planteada va mucho más allá, y parte del convencimiento de que sólo a través del conocimiento concreto de la experiencia del enfermo, sólo a través de su vivencia, de su historia personal, es posible explorar en toda su extensión el significado del concepto de enfermedad. Se trata de un concepto científico, médico, y por tanto, en primera instancia, debería ser transparente, definido con precisión *científica*. En la definición de los conceptos científicos, al menos eso nos han enseñado, acciones como el supuesto suicidio de Calero nada tienen que ver. Y sin embargo, desde nuestro punto de vista, tal apreciación es profundamente errónea.

Cuando un concepto se aplica a los seres humanos para clasificarlos de una forma u otra, estos dejan de ser meros descriptores de la realidad, si acaso alguna vez han sido tal cosa, para convertirse en organizadores de la misma. Cuando se aplica una clasificación a un ser humano no sólo se le dice lo que es, sino también lo que *puede llegar a ser*. El carácter normativo de la categoría, su capacidad de legislar las posibilidades de lo real, es un tópico con una larga tradición en la historia de la filosofía y también en la historia de la ciencia⁵⁶. Lo que no se menciona tan a menudo es que el vínculo entre categoría y categorizado, cuando estas son aplicadas a humanos, funciona en una doble dirección, que entre ambos se establece un *efecto bucle*, o lo que es lo mismo: si bien la categoría define lo que el categorizado es capaz de ser, también los categorizados definen la categoría a

⁵⁶ Ver, por ejemplo, George Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*. (Buenos Aires: Siglo XXI, 1971). También Michel Foucault, *Los anormales: curso del Collège de France (1974 – 1975)*. (Madrid: Akal, 2001). Más reciente, y centrado en el caso español, es Rafael Huertas, *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. (Barcelona: Octaedro - CSIC, 2008).

través de sus actos, a través de su experiencia. Al redefinir la categoría, nuevamente se definen los categorizados, en un bucle que se repite una y otra vez⁵⁷.

Para entender, por tanto, cómo funciona una categoría científica aplicada a seres humanos, lo que Hacking llama simplemente “clase interactiva”⁵⁸, es necesario prestar atención a ambos lados de la ecuación: a la clase y a los clasificados. Esto también es cierto en el caso de las categorías de la medicina, mucho más cuando de lo que estamos hablando es del concepto de “enfermedad”. El estudio de este “efecto bucle” en categorías médicas (de hecho, en todas las categorías interactivas) no puede dejar de lado al categorizado, esto es: al enfermo⁵⁹. ¿Qué nos aporta el enfermo? Su vivencia de la enfermedad. ¿Y cómo podemos atrapar esa vivencia? Escuchando su historia, escuchando qué ha significado en su vida la enfermedad⁶⁰. Esta historia amplía los significados de la “enfermedad” y nos introduce, desde una posición privilegiada, dentro de ese *bucle* del que habla Hacking. Y por eso es importante la pregunta sobre Calero, porque al intentar averiguar si se suicidó deberemos llegar a su historia, a la vivencia de su enfermedad, y de esa manera nuestra comprensión de lo que significaba ser un enfermo incurable a finales del siglo XIX será mayor.

⁵⁷ Ian Hacking, "Façonner les gens," in *Cours au Collège de France* (Paris: Collège de France, 2005). Otra obra clave para entender el *loop effect* es Hacking, *Historical Ontology*.

⁵⁸ Hacking, *Historical Ontology*, 104.; cfr. también Hacking, "Façonner les gens," 1-2.

⁵⁹ Cuando hablamos de enfermedades no hablamos de “entidades nosológicas”, entendidas como especies diferenciadas. La enfermedad no es más que un conjunto de síntomas que aparecen en un sujeto concreto y en un momento determinado. Cfr. Lester King, "What is Disease?," *Philosophy of Science*, no. 21 (1954). Más concretamente, la página 198, donde podemos leer: "To discriminate and identify a disease entity, we cannot rely on abstract speculation, but must study concrete particular sick people."

⁶⁰ Kleinman, *Suffering, Healing and the Human Condition*.

2.- La palabra más brutal

Sabemos que Juan José Calero sufría una enfermedad incurable. Como hemos dicho más arriba, en realidad *sólo* sabemos eso. No sabemos cuál era su enfermedad. Pero podemos decir algo: se trata de una enfermedad que no presenta calentura, es decir, lo único que podemos decir sobre Juan José Calero en relación con su enfermedad es que *no tenía fiebre*⁶¹. Pero, ¿qué importancia podía tener esto? ¿Por qué se internaba en el Hospital de Incurables sólo a aquellos enfermos que no presentaban calenturas? ¿Qué diferencia había, para un médico y un enfermo del siglo XIX, entre tener y no tener fiebre? En definitiva, ¿dónde situamos la fiebre y dónde situamos a los enfermos con fiebre? Repartir espacialmente la enfermedad y sus síntomas permite, igualmente, reorganizar el espacio en que se desarrolla la enfermedad, es decir, reorganizar la geografía de los cuerpos enfermos, situar donde corresponde a la enfermedad y a su portador. Al organizar la enfermedad, al crear categorías, organizamos a los enfermos, aquellos que caen bajo la categoría, y a su alrededor una serie de prácticas (terapéuticas, dietéticas, higiénicas, de internamiento) que también forman parte de esa categorización. Para responder a estas preguntas es necesario investigar, siquiera someramente, la literatura médica del siglo XIX, en concreto, aquellas obras nosológicas que intentaban ordenar el extenso campo de *la enfermedad*.

2.1.- La enfermedad

La enfermedad es un estado opuesto a la salud. *Lo* opuesto a la salud, más exactamente. Y esta, que es la idea que a casi todos nos viene a la mente cuando nos piden una definición de enfermedad, es la definición que podemos encontrar, por ejemplo, en el *Dictionnaire des Sciences Médicales*, publicado en 1818. Sin embargo, esta breve definición es seguida por 178 páginas más, dedicadas a esclarecer qué es exactamente ser *opuesto a la salud*. No es este un caso aislado. Podemos preguntar a cada uno de los principales diccionarios de medicina

⁶¹ Y también esto, al menos de momento, lo consideraremos una suposición. Sabemos que era común que se excluyera de estos hospitales a los enfermos con calenturas (AHN, leg.: 2808, Reglamento del Hospital para mujeres incurables Jesús Nazareno), pero dejaremos este y otros puntos para el apartado 3, en el que estudiaremos el hospital madrileño.

publicados en Francia en el siglo XIX y el resultado será siempre el mismo: la enfermedad es lo opuesto a la salud, pero debemos explicar qué es lo opuesto a la salud, porque no está nada claro:

La seule définition qui puisse avoir chance d'obtenir un assentiment unanime, est celle qui oppose la maladie à la santé. Elle a, par malheur, l'inconvénient de ne rien définir du tout, puisqu'il reste à établir ce que c'est que la santé, dont la maladie est le contraire.⁶²

Es posible realizar una historia de las teorías médicas del siglo XIX a través de las definiciones de enfermedad que encontramos en estos diccionarios⁶³. Cada uno de los distintos *sistemas médicos* que poblaron el siglo XIX definieron la salud y por tanto su opuesto, la enfermedad, de acuerdo a su sistema⁶⁴. Mientras que para Broussais la enfermedad es “[...] *la lésion d'une fonction, dépendante de la lésion de son instrument ou de son organe*” y de la que sólo nos interesará la causa de la lesión, el órgano afectado, la influencia que pueda tener sobre otros órganos y el

⁶² Sigismond Jaccoud, *Nouveau dictionnaire de médecine de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte*. (Paris: J.B. Bailliere, 1864 - 1878), 458-59. Vol. 21. Los diccionarios citados, así como muchas de las monografías de autores franceses del siglo XIX, se pueden encontrar en la Bibliothèque Interuniversitaire de médecine et d'odontologie, en la sección de historia de la medicina, accesible desde la siguiente dirección web: <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/debut.htm>

⁶³ Un estudio comparado de la evolución de la disciplina de la medicina en Francia y Alemania en el tránsito entre el siglo XVIII y XIX en Elvira Arquiola y Luis Montiel, *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*. (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1993). Planteado desde una historia de la profesionalización de la medicina en Francia en el mismo periodo, contamos con el libro de Matthew Ramsey, *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830. The Social World of Medical Practice*. (Oxford: Oxford University Press, 1988). Los profundos cambios sufridos por la medicina en la Francia post-revolucionaria también son estudiados en Elizabeth A. Williams, *The Physical and the Moral. Anthropology, Physiology, and Philosophical Medicine in France, 1750-1850*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1994).

⁶⁴ A este respecto es interesante consultar el término en la segunda edición del Adelon: autores como Broussais, Hahnemann, Hoffmann, Stark, etc., ofrecen toda una serie de definiciones de qué es la enfermedad que poco tienen que ver unas con otras. Cfr. Adelon, *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sur le rapport théorique et pratique*, 2^e éd. ed. (Paris: Béchét jeune, 1832 - 1846).

tratamiento que se le pueda aplicar⁶⁵, para Elie Gintrac (1791-1877): “*La maladie ressemble donc, quelquefois du moins, à un être qui naît, se développe, décroît et meurt [...] On a donc raison de la représenter comme une des formes de la vie*”⁶⁶. Ante tal disparidad de criterios, ante la imposibilidad de definir *la* enfermedad *según su naturaleza*, sólo resta una salida: clasificar las distintas enfermedades. Si no es posible definir, al menos es posible ordenar las innumerables formas de la enfermedad:

Est-il nécessaire, est-il possible de classer méthodiquement les maladies?

La nécessité de mettre de l'ordre dans l'étude des maladies résulte de leur nombre très-considérable, de leurs infinies variétés.⁶⁷

Enfrentado a la multiplicidad de la enfermedad, a sus infinitas variedades, el médico se ve empujado a clasificar lo que no es posible definir. No es éste, sin embargo, un proceso sencillo. A la hora de clasificar es necesario escoger un criterio, y puesto que dicho criterio no es derivable de *la* naturaleza de *la* enfermedad, puesto que tal cosa no la podemos definir, no queda otro remedio que *tener* un criterio, una doctrina, un *sistema*:

[...] les maladies ne sont pas des corps analogues à ceux qui remplissent les cadres méthodiques de l'histoire naturelle: il faut les ériger en entités pour les classer, et cela ne peut se faire sans une doctrine.⁶⁸

De ahí la diversidad de las clasificaciones que conlleva una diversidad de las prácticas. Esto, que es especialmente evidente en Broussais al hacer formar parte al tratamiento del contenido de la definición de enfermedad, es cierto también para el resto, pues es a partir de dicha definición (como irritación, como debilitamiento de las fuerzas vitales, como enfermedad estacionaria, etc.), que la

⁶⁵ François-Joseph-Victor Broussais, *Cours de Pathologie et de Thérapeutique Générales*, 2 ed., 5 vols. (Paris: J.B. Baillière, 1834 - 1835), 33, .Vol. 1

⁶⁶ Elie Gintrac, *Cours Théoretique et Clinique de Pathologie Interne et de Thérapie Médical*, vol. 1. (Paris: Germer Baillière, 1853), 295.

⁶⁷ Ibid., p. 300.

⁶⁸ François-Joseph-Victor Broussais, *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*, 3 ed., 4 vols., vol. 2. (Paris & Bruxelles: M. Delaunay & Dépôt General de la Librairie Medicale Française, 1829), 305.

práctica médica se organiza. El que entienda que la enfermedad se corresponde con la lesión en un órgano, procurará curar esa lesión. El que entienda que la enfermedad se debe al debilitamiento de las fuerzas vitales, deberá fortalecer esas fuerzas⁶⁹. Si nuestra intención es conocer qué prácticas (terapéuticas, dietéticas, higiénicas, de internamiento) se ejercieron sobre Calero, será necesario conocer cómo era clasificada su enfermedad, cómo era el espacio en que se encontraba confinado, etc.⁷⁰

⁶⁹ Sobre la teoría general de la enfermedad véase Arquiola y Montiel, *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*, 283-302.

⁷⁰ "[...] ce n'est pas assez de savoir quel est l'organe malade, il faut encore déterminer pourquoi il l'est, comment il l'est, et de quelle manière il est possible de faire qu'il ne le soit plus, car c'est en cela que consiste la connaissance de ce qu'on doit entendre par la *nature d'une maladie*." François-Joseph-Victor Broussais, *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée et des systèmes modernes de nosologie*. (Paris: J. Moronval, 1816), 413. La primera cursiva es nuestra, la segunda del autor. Sobre los distintos sistemas médicos existentes a principios del siglo XIX, siempre es posible consultar el libro ya clásico de Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (Madrid: Siglo XXI, 1999; primera edición, 1966). Sobre el concepto de enfermedad hay una notable literatura secundaria, lo que sigue es solamente una selección: King, "What is Disease?"; Christopher Boorse, "On the Distinction between Disease and Illness," *Philosophy and Public Affairs* 5, no. 1 (1975); H. Tristram Engelhardt, "The Concept of Health and Disease," en *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, ed. H. Tristram Engelhardt y S.F. Spicker (Boston: Dordrecht, 1975); Stephen R. Kellert, "A Sociocultural Concept of Health and Illness" *J. Med. & Phil.* 1, no. 3 (1976); Joseph Margolis, "The Concept of Disease," *J. Med. & Phil.* 1, no. 3 (1976); Jens Lachmund y Gunnar Stollberg, eds., *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present* (Stuttgart: Franz Steiner, 1992); Arthur A. Caplan, "The Concepts of Health, Illness and Disease," en *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, ed. W.F. Bynum y Roy Porter (London: Routledge, 1993); Robert Hudson, "Concepts of Disease in the West," en *The Cambridge World History of Human Disease*, ed. K.F. Kiple (Cambridge: Cambridge University Press, 1993); Roy Porter, "What is Disease?," en *Cambridge Illustrated History of Medicine*, ed. Roy Porter (Cambridge: Cambridge University Press, 1996); Adrian Wilson, "On the History of Disease-concepts: The Case of Pleurisy," *History of Science* 38, no. 121 (2000); Deborah Brunton, ed. *Medicine Transformed: Health, Disease and Society in Europe, 1800-1930* (Manchester: Manchester U.P. / Open University, 2004); Mark Harrison, *Disease and the Modern World 1500 to the Present*. (Cambridge: Polity, 2005); Oswei Temkin, "The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness," en *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, ed. Oswei Temkin (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006; reprint, 1977).

Sin embargo, repetimos, de la enfermedad de Calero no sabemos nada. ¿Cómo situarla, entonces, en cualquiera de las posibles clasificaciones? ¿Cómo buscar en la ordenación de las especies nosológicas el régimen de prácticas organizadas alrededor del lecho de enfermo de Calero? Creemos necesario salir durante un momento de estas clasificaciones para volver a pisar el suelo del hospital. No será sin embargo, todavía no, el Hospital Nuestra Señora del Carmen el que vamos a visitar en busca de nuestra respuesta. Ese paso lo daremos más adelante. Nos movemos, todavía, en un plano más general. Pretendemos saber qué tipos de enfermedades y enfermos podemos encontrar en un hospital para incurables, y para ello nada mejor que acudir al que tal vez sea el más famoso de todos ellos: la Salpêtrière.

[...] la population de cet asile se compose [...] Au point de vue de la clinique médicale [...] deux catégories [...] La première se compose de femmes âgées, en général, de plus de soixante-dix ans [...] La seconde catégorie comprend des femmes de tout âge, frappés, pour la plupart, de maladies chroniques réputées incurables, et qui les ont réduites à un état d'infirmité permanent.⁷¹

Charcot nos proporciona dos coordenadas para organizar a los enfermos de nuestro hospital alrededor de una clasificación nosológica que juega con el tiempo: por un lado, ancianos enfermos, que sufren los males propios de su edad; por otro, enfermos crónicos “*reputados incurables*”, destinados a una vida de enfermedad permanente. Encontramos, por tanto, dos grandes grupos de enfermedades, dos grandes conjuntos, cuyos elementos, atendiendo a este nuevo criterio, ya podemos, por fin, clasificar y tratar.

⁷¹ Jean-Martin Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 2 ed. (Paris: Adrien Delahaye, 1874; primera edición, 1866 - 1867), 2. El testimonio de Charcot, director del centro, se puede complementar con el de Husson: “De nos jours, les hospices des Incurables peuvent être considérés comme des succursales des hospices de la Vieillesse, à cela près que les maladies mentales ou contagieuses en sont exclues [...]”, en Armand Husson, *Étude sur les Hopitaux considérés sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*. (Paris: Paul Dupont, 1862). Se encontrará una excelente descripción de las contribuciones de Charcot al conocimiento de las enfermedades de la vejez en Alain Lellouch, *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*. (Paris: Éditions Payot, 1992).

La división de la vida del hombre atendiendo a sus edades es una metáfora con larga vida en la literatura. La alegoría de las cuatro edades del hombre, recogidas en el Guzmán de Alfarache⁷²; las siete edades, que menciona Lorenzo Gracián en *El Criticón*⁷³; nuevamente las cuatro, mencionadas por de Salas⁷⁴... por citar sólo algunos ejemplos. Más allá de la literatura, también en medicina y en historia natural las edades del hombre han sido un tópico constante, una manera de organizar el discurso, de insertar un orden en la naturaleza: a cada una de las edades del hombre le corresponde una serie de enfermedades, que se sufren en esa época, y no en otra, merced a los cambios que se producen durante el desarrollo del ser humano⁷⁵.

Pero, dicho todo esto, ¿existe una medicina de la vejez? ¿Existen un conjunto de escritos teóricos, instrumentos, instituciones y prácticas que podamos identificar con el tratamiento de los ancianos? Debemos ser extremadamente cautos al respecto. No es posible encontrar un discurso teórico ordenado y general sobre las enfermedades de la vejez hasta, aproximadamente, mediados del siglo XIX. Los autores que escriben sobre ello son conscientes de este hecho⁷⁶. Son conscientes de que están solos, que son los primeros en intentar un compendio de las

⁷²Mateo Alemán, *Vida y hechos del pícaro Guzmán de Alfarache. Atalaya de la vida humana*. (Paris: Baudry, 1847), 229-32.

⁷³Lorenzo Gracián, *Obras de Lorenzo Gracián. Tomo primero, que contiene El Criticón...* (Barcelona: Pedro Escuder y Pablo Nadal, 1748), 387 y ss.

⁷⁴Francisco Gregorio de Salas, *Colección de los epigramas y otras poesías satíricas y jocosas*. (Madrid: Repullés, 1816), 50-53.

⁷⁵V.A. Racle, *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique por l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies*, 3 ed. (Paris: J.B. Bailliere et Fils, 1864), 646. Ejemplos de monografías centradas en enfermedades de las distintas edades de la vida pueden ser: Jules Parrot, *La syphilis héréditaire et le rachitis: maladies des enfants*. (Paris: G. Masson, 1886); Frédéric Rilliet y Ernest Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. (Paris: G. Baillière, 1861). Louise Bourgeois, *Observations diverses sur la stérilité, perte de fructs, foecondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz amplement traittées heureusement pratiques*. (Paris: A. Saugrain, 1617).

⁷⁶Clovis René Prus, "Recherches sur les maladies de la vieillesse," *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine* 8(1840): 1.

enfermedades, tratamientos y condiciones de vida de los ancianos. Así, Charcot reclama para Francia, para su siglo y para la institución que dirige, la constitución de una “patología de la vejez” en toda su originalidad⁷⁷ y Maxime Durand-Fardel (1815-1899) inicia su *Préface* exponiendo la tremenda soledad en que su trabajo se encuentra⁷⁸. Podemos decir, sin lugar a dudas, que será este trabajo de Durand-Fardel el primer gran intento de sistematizar todo el conocimiento sobre la vejez y sus enfermedades que anteriormente se encontraba disperso, tanto en monografías aisladas sobre temas específicos, como en las prácticas particulares de las instituciones destinadas al internamiento de los ancianos enfermos, como en las escasas obras que, antes que ella, intentaron, sin lograrla, esa sistematización⁷⁹. Sin embargo, y ambos médicos franceses –que trabajaron en distintas épocas en la misma institución– coinciden en esta apreciación, el principal enfoque que las obras sobre la vejez anteriores a las suyas habían recibido era, más que médico, filosófico⁸⁰. Esta soledad de ambos, este papel de exploradores, no hace más que señalar la dificultad de la tarea que se han propuesto. Están solos, su camino es mucho más arduo, su valor, mayor:

On nous permettra cependant de signaler ici les difficultés que nous avons rencontrées pour remplir le plan que nous nous étions tracé. Dans un sujet qu'on a jusqu'ici laissé si nouveau, il nous a presque toujours fallu travailler sur notre propre fonds, et privé de cette aide naturelle que les ouvrages semblables rencontrent ordinairement dans les ouvrages antérieurs.⁸¹

⁷⁷ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 3.

⁷⁸ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, V.

⁷⁹ Las obras citadas, tanto por Charcot como por Durand-Fardel, son las siguientes: John Floyer, *Medicina Gerocomica: or the Galenic Art of Preserving old Men's Health*, 1 ed. (London: J. Isted, 1724; primera edición, 1724).; Ioannis Bernhardi Fischer, *De senio, eiusque gradibus et morbis, nec non de eiusdem acquisitione, tractatus, de novo revisus...* (Erfordia: In Officina Weberiana, 1760).; Carl Canstatt, *Die Krankheiten des höheren Alters und ihre Heilung dargestellt*. (Erlangen: Enke, 1839).; y la ya citada de Prus.

⁸⁰ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 3. Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, VII.

⁸¹ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, VI. Curiosamente, la fragmentación de los estudios existentes y la soledad del pionero también es la queja de aquellos que trabajan en enfermedades crónicas: “Para tan nuevo como interesante trabajo [el análisis de las

Si caracterizamos una práctica médica por la presencia o ausencia de obras teóricas sobre su materia, deberemos concluir que esa *medicina de la vejez* no existe hasta las obras de Durand-Fardel y Charcot. O, si queremos ser generosos con los anteriores autores, hasta el siglo XIX. Sin embargo, si pensamos que la medicina es, sobre todo, práctica y no teoría, no podemos menos que señalar que la práctica médica de las enfermedades de los ancianos existe, junto a las instituciones en que tal práctica se desarrolla, desde mucho antes. Es por eso que expresamos más arriba la necesidad de ser cuidadosos al pronunciarnos sobre la existencia de una *medicina de la vejez*. Si tenemos en cuenta que la Salpêtrière existe desde el año 1656, y que el Hospital Jesús Nazareno para mujeres incurables es más o menos de la misma época, lo mismo que el Hospital del Rey de Toledo, dedicado exclusivamente al cuidado de ancianos, es mucho más difícil considerar a Durand-Fardel o a Charcot tan solos como dicen estar. Ellos mismos son conscientes de que su obra es dependiente de la institución en que desarrollan su trabajo:

Sous ce rapport, nous possédons ici [en la Salpêtrière] des avantages dont on est privé en grande partie dans les hôpitaux ordinaires, et nous sommes placés dans les conditions les plus favorables pour étudier avec fruit les maladies à lenté evolution.⁸²

enfermedades crónicas] carecemos absolutamente de modelos y guías [...]Hasta el presente no se ha hecho mas que indicar el objeto de este analisis, pero no egecutádole [sic] realmente; y nadie ha ensayado estenderle, cual yo voy aqui á realizarlo, á todo el sistema de los males crónicos." Charles Louis Dumas, *Tratado Analítico de las enfermedades crónicas; ó Doctrina General acerca de estos males, para fundar sobre ella su conocimiento teórico y práctico*, 3 vols., vol. 2. (Madrid: José del Collado, 1817; primera edición, 1812), 4. Una descripción ajustada y sintética de la medicina de la vejez en la Francia del XIX en J.P. Martin, *Histoire de la Gériatrie. De l'Antiquité à nos jours*. (Levallois Perret: Animagine Édition, 2007).

⁸² Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 2. Una cita similar en Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, V. Igualmente Prus: "La seule, la véritable cause de l'abandon dans lequel e été laissée cette partie de la science, c'est qu'un fort petit nombre de médecins est convenablement placé pour ce genre d'observations", Prus, "Recherches sur les maladies de la vieillesse," 2. Sobre la importancia de la "medicina de hospital" (confrontada con la "medicina de laboratorio") para el surgimiento de la geriatría en el siglo XIX ver el ya citado Lellouch, *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*, 233-52.



Ilustración 1: Le docteur P. Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés. Tony Robert-Fleury, s.d., Loc: Paris, Hôpital de la Salpêtrière.

Son conscientes de que su soledad teórica es también relativa. Alguien, antes que ellos, señaló la laguna en el conocimiento que ellos pretenden llenar. El que, en cierto modo, los libera de su soledad, lo mismo que antes liberó a las locas de sus cadenas, no es otro que Pinel (Ilustración 1)⁸³. Sin embargo, Pinel sólo mostró el camino, sus ambiciones, más amplias que las de Charcot o Durad-Fardel, le impidieron llegar a ese “punto límite de la ciencia”, precisamente el punto al que ellos sí quieren llegar⁸⁴. Soledad relativa, por tanto, puesto que cuentan con la compañía de un visionario (Pinel), de ciertos estudios fragmentarios y, sobre todo,

⁸³ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 3.

⁸⁴ Ibid., 4. El libro al que Charcot se refiere, en el que el fundador de la medicina moderna francesa recoge su experiencia clínica no psiquiátrica en las salas de la Salpêtrière, es Philip Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*. (Paris: J.A. Brosson, 1804). Se trata esta de una obra amplia y ambiciosa, que pareciera querer describir todas las enfermedades posibles. Consiguientemente, Pinel se limita a realizar breves exposiciones que de ninguna forma agotan el tema, pero sí que lo señalan. Así, al menos, lo entiende Charcot. Otra obra de Pinel, que también entraría dentro de esta categoría, es Philip Pinel, "Considérations sur la constitution sénile et sur son influence dans les maladies aiguës," *Memoires et observations: Archives générales de médecine* I, no. 2 (1823).

con la compañía de *sus* enfermos en *su* hospital, organizados espacialmente, distribuidos en las habitaciones y en los lechos, dispuestos para la observación, única fuente posible de conocimiento:

[...] la nombreuse population de nos salles nous permet d'envisager, sous les aspects les plus divers, les principaux types d'un seul et même genre morbide; mais ce qui est encore plus important, il nous est donné de *suivre ici les malades pendant une longue période de leur existence* [...]⁸⁵

En lo que sigue trataremos de mostrar en qué consisten los cambios que se producen en la vejez y que, como se dijo antes, son los que explican la presencia de una serie de enfermedades en los ancianos con mayor frecuencia que en las otras edades de la vida; por otro lado, atenderemos a esas prácticas que se dan en las instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos y que permiten, ellas sí, el trabajo de organización realizado por Durand-Fardel y Charcot.

La vejez es un periodo de involución, de “*formation rétrograde*”⁸⁶. No nos debe de extrañar esta caracterización, pues se trata de una imagen común para definir la vejez: el hombre, tras llegar a su época de madurez, cuando la potencia sexual es más activa, deviene, en la vejez, en una especie de niño que, de alguna forma, recorre el camino inverso que realizó durante los primeros años de su vida, durante su periodo de *evolución*. Durand-Fardel se compromete con esta idea, y la sustenta con hechos:

On ne rencontre plus, dans ce dernier âge, ces affections fébriles si communes et

⁸⁵ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 2. La cursiva es nuestra. Para una visión general de los estudios sobre la vejez, consultar Elvira Arquiola, *La vejez a debate*. (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995). También puede resultar de utilidad, pese a su brevedad, el trabajo de Luis S. Granjel, *Historia de la Vejez. Gerontología, gerocultura, geriatría*. (Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1991). En una línea similar, pero explorando las concepciones sobre la vejez desde el punto de vista de la historia cultural, con un fuerte énfasis en sus aspectos iconográficos, el más reciente libro de Pat Thane, *The Long History of Old Age*. (London: Thames & Hudson, 2005).

⁸⁶ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, X., siguiendo a Canstatt. Sobre el concepto de envejecimiento como un “morir constante” y su relación con el trabajo de Xavier Bichat ver Stephen Katz, *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. (Charlottesville & London: University Press of Virginia, 1996), 42.

si frappantes dans le premières années de la vie. Les vieillards ont rarement de la fièvre; chez eux, la fièvre offre presque toujours une expression amoindrie de l'état organique ou de l'affection locale dont elle est le symptôme, tandis que dans l'enfance, elle en était surtout l'expression exagérée.⁸⁷

Esta *involución* no es tan sólo una licencia poética. Tiene, no podía ser de otra forma, un correlato físico. Está localizada en el cuerpo (si bien también en el espíritu) y sus manifestaciones se encuentran por doquier en la anatomía del anciano. No es tan sólo que el anciano disminuya de talla y peso como demostró Quételet⁸⁸, sino que todo su cuerpo, en el exterior y en el interior, se encuentra inmerso en un *proceso de atrofiamiento*⁸⁹ que no es tan sólo superficial, sino que implica cambios en las características químicas del organismo, cambios que sólo pueden calificarse como degenerativos, lo que convierte a la vejez, sobre todo, en un proceso de *degeneración*⁹⁰. Esta degeneración, este atrofiamiento general del anciano, tiene su sede, y por tanto puede contemplarse, en la totalidad de su organismo: el cerebro, que se deseca y endurece⁹¹; la médula espinal, los troncos nerviosos⁹², pero también el sistema circulatorio, el óseo, los tejidos fibrosos y los músculos, etcétera⁹³. Y, a resultas de estos cambios físicos en los órganos, de este proceso de degeneración química, también las funciones de estos se ven envueltas en esta *involución* del anciano: la acumulación de granulaciones grasosas en los

⁸⁷ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XXXVII. Toda la parte de la *Introduction* que Durand-Fardel dedica a consideraciones fisiológicas (pp. XXVII – XXXIX) se encuentra plagada de estos juegos de simetría y comparación entre ancianos y niños. Así, por ejemplo, consigna cómo, debido a la disminución de la potencia sexual en los ancianos, es posible encontrar en las mujeres de cierta edad casos de *clorosis de involución*, frente a la *clorosis de la pubertad*, que podemos encontrar entre las adolescentes. Sobre la clorosis se puede ver, por ejemplo, Karl Figlio, "Chlorosis and Chronic Disease in Nineteenth-Century Britain: the Social Construction of Somatic Illness in Capitalist Society," *Social History*, no. 3 (1978).; y Irving Loudon, "Chlorosis, Anaemia, and Anorexia Nervosa," *BMJ* 281(1980).

⁸⁸ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 7.

⁸⁹ Ibid., 8.

⁹⁰ Ibid., 9.

⁹¹ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XII.

⁹² Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 8.

⁹³ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XVII, XXIII y XXIV.

músculos explican la paraplejia⁹⁴, la deformación de las células pulmonares, la constante presencia de catarros pulmonares⁹⁵. Si la enfermedad requiere de una sede, algo en lo que tanto Charcot como Durand-Fardel están de acuerdo, la degeneración del cuerpo del anciano ofrece lugar para todas ellas.

Pero, ¿cómo se explica este proceso de degeneración? ¿Qué es, en definitiva, lo que nos convierte en ancianos? Aquí nuestros autores discrepan. Charcot pertenece a una generación posterior a la de Durand-Fardel y su libro se publica 12 años después que el de este⁹⁶. Para Charcot, como señalamos en el párrafo anterior, el proceso de degeneración se identifica con los cambios químicos que se producen en los órganos, en los elementos: “[...] à un degré plus avancé, l’atrophie s’accompagne d’un travail de dégénération [...] les éléments subissent des modifications dans leurs caractères chimiques, et deviennent le siège [sic.] d’infiltrations pigmentaires ou graisseuses, et d’incrustations calcaires”⁹⁷. Durand-Fardel ofrece una explicación distinta, basada en la característica de la sangre que llama, nuevamente con Canstatt, *venosidad*. La cualidad *venosa* de la sangre del anciano y la disminución de la cualidad arterial (que se explica por el endurecimiento y disminución de la elasticidad contráctil de las paredes arteriales, incapaces, por tanto, de realizar correctamente su función⁹⁸), tienen como resultado una sangre llena de impurezas, de *sustancias descompuestas*, es decir, una sangre con cualidades más venosas que arteriales⁹⁹. Será precisamente esta dificultad para realizar correctamente la hematosi (conversión de sangre venosa en arterial) la que tenga mayor influencia sobre el organismo de los ancianos, es decir, sobre la *degeneración* de dicho organismo:

L’accomplissement imparfait de l’hématose, cette grande fonction que l’on peut considérer comme la source, matérialisée, de la vie, est peut-être la caractère le plus saillant de la vieillesse, comme le fait qui exerce l’influence la plus

⁹⁴ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 9.

⁹⁵ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XVI.

⁹⁶ La primera edición de la obra de Charcot es de 1866. La que citamos en el texto es una edición en octavo que se puede encontrar en www.gallica.bnf.fr

⁹⁷ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 9.

⁹⁸ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XVII.

⁹⁹ Ibid., XVIII.

considérable sur l'organisme des vieillards.¹⁰⁰

Cuando la fuente misma de la vida se contamina, es normal que la vida misma degenera, involucre¹⁰¹.

La vejez es un periodo de soledad, de aislamiento. No sólo moral, sino sobre todo físico, orgánico. La característica que más llama la atención de la patología de la edad senil es, precisamente, la independencia de las enfermedades o, lo que es lo mismo, la escasa relación entre los órganos:

Le caractère principal des maladies des vieillards, dit Canstatt, c'est l'isolement, elles son comme séparées du reste de l'organisme et indépendantes.¹⁰²

Esta independencia de las enfermedades es el resultado de las características anatómicas que anteriormente hemos expuesto, y se traduce en una separación entre los distintos órganos que completa el proceso de degeneración, de forma que la enfermedad que en un hombre adulto hubiera influido sobre otros órganos y generado, de esta forma, un número mayor de signos, de síntomas, que hubieran ayudado a detectar la enfermedad, en el anciano tan sólo afecta al órgano en cuestión. De ahí la escasez de síntomas, de ahí la dificultad del diagnóstico, de ahí la muerte súbita:

Les vieillards sont si peu impressionnables dans leur ensemble, les fonctions se sont tellement isolées, qu'on voit souvent les lésions les plus graves ne pas provoquer de fièvre, ne pas déterminer leurs symptômes habituels, et rester *latentes*. On voit des vieillards mourir subitement et présenter des pneumonies suppurées, dont rien n'accusait l'existence.¹⁰³

¹⁰⁰ Ibid., XXVIII.

¹⁰¹ La diferencia explicativa entre Durand-Fardel y Charcot reposa, nuevamente, en la diferencia doctrinal, en la diferencia de criterio. Como dijimos, Durand-Fardel sigue aquí a Canstatt. Leamos lo que Charcot (p. 5 – 6) dice de la obra del médico alemán: “*Malheureusement, cet ouvrage [...] a été composé sous l'influence de la doctrine de Schelling, qui a régné si longtemps de l'autre côté du Rhin, et qui porte le nom ambitieux de Philosophie de la nature. L'imagination y tient une place énorme aux dépens de l'observation impartiale et positive.*”

¹⁰² Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XXIX.

¹⁰³ Racle, *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique par l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies*, 647-48.

Este aislamiento de los órganos, como dijimos, es el resultado del proceso de degeneración que es la vejez, de esa atrofia que caracteriza a su anatomía. La piel, nos dice Durand-Fardel, es el lugar más evidente de este hecho. Al perder su elasticidad, al secarse y endurecerse, ya no es capaz de seguir la retirada de los músculos que encogen, de los tejidos que se atrofian. La piel, de esta forma, adquiere su aspecto común en los viejos: arrugada, seca, escamosa. Y no sólo eso, la piel misma se convierte en un cuerpo extraño, que deja de cumplir sus funciones de protección y se convierte en fuente de irritación, impide la correcta transpiración, deja, en definitiva, de cumplir sus funciones y se convierte en una fuente más de preocupaciones patológicas¹⁰⁴. Los cambios fisiológicos de los órganos, avisa Charcot, producen, por sí solos, “problemas funcionales extremadamente graves”¹⁰⁵.

Pero el aislamiento de los ancianos no se limita a esta separación de los órganos, sino que la separación de los órganos implica, a su vez, una separación del mundo:

Les *sens* [...] commencent à s'affaiblir en même temps que les organes de la reproduction: ils s'affaiblissent, et par l'alteration directe des instruments qui les composent, et par celle des extrémités nerveuses qui s'y répandent: a peau racornie, endurcie, privée en partie des vaisseaux qui se sont oblitérés, n'est plus le siège que d'un tact obscur et peu distinct. La vue s'obscurcit, se trouble; le cristallin perd de sa transparence, les membranes pituitaire et buccale se dessèchent par la diminution des sécrétions qui leur sont propres, et par le retrait de leurs capillaires; le membrane du tympane subit, sans doute, une altération analogue, ainsi que tout l'appareil auditif [...] Il en est de même des *mouvements* [...]¹⁰⁶

Tal y como Duchenne de Boulogne demuestra, la proporción de electricidad que se necesita para obtener la contracción de un músculo está en razón directa de la edad¹⁰⁷. Este hecho no hace sino demostrar la retirada general de los sentidos, la

¹⁰⁴ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XXV.

¹⁰⁵ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 10.

¹⁰⁶ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XXXII.

¹⁰⁷ Ibid., XXXIII.

amortiguación de las impresiones, el debilitamiento del sistema nervioso (tanto de sus centros como de sus ramificaciones) que no hace sino separar al anciano del mundo, aislarlo de la sociedad de la misma manera que sus órganos se encuentran aislados entre sí, en una perfecta simetría entre lo interior y lo exterior. El proceso de degeneración, como dijimos, abarca a la totalidad del organismo, a la totalidad del individuo. Se produce, de esta forma, lo que Durand-Fardel llama “*el silencio de las simpatías*”¹⁰⁸. Un silencio que describe perfectamente Racle:

[...] l'indéfférence pour les objects extérieurs et pour l'humanité s'établit et crée un étroit égoïsme, qui rend la vieillesse presque haïssable. Aussi n'attendez dans la vieillesse aucune de ces maladies mentales qui dérivent de l'exaltation des facultés affectives; ces facultés n'existent plus.¹⁰⁹

Pero el aislamiento no es completo si no damos un paso más, si no avanzamos más lejos. El anciano, ese ser en estado de degeneración, es débil. Las corrientes de aire, los cambios bruscos de temperatura o de ambiente, los espacios viciados, las ropas que viste, el lecho en que se recuesta... todo esto puede ser perjudicial para él. Todo esto, por tanto, debe ser controlado por la *higiene*. Y entre las medidas higiénicas, la más importante:

Mais ce qui est plus à la portée de tous les vieillards, c'est d'éviter la respiration d'un air vicié. Les lieux de grande réunion, les spectacles, les salons, les longs offices même dans les églises [...] Alors que le champ de la vie se restreint, que l'ouïe perd de sa finesse, que l'esprit suit avec moins de facilité la multiplicité des conversations et des idées qu'elles éveillent, il faut rétrécir à proportion le cercle de ses distractions. Si la société, l'entourage, la communication enfin, nous paraissent plus nécessaires peut-être dans la vieillesse [...] c'est à un degré approprié aux facultés amoindries qui s'y peuvent appliquer. Si le silence consume la vieillesse le grand bruit l'épuise.¹¹⁰

Hemos llegado al final. El anciano, débil, en estado de degeneración, debe ser aislado, controlado, por su propio bien, para proteger su salud. “Incluso en las

¹⁰⁸ Ibid., XL.

¹⁰⁹ Racle, *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique par l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies*, 647.

¹¹⁰ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XLIV-XLV.

iglesias”. Precisamente ese aislamiento que permitía a Charcot, recordemos, “seguir a los enfermos durante un periodo prolongado de su existencia”. Ésta, que es la principal ventaja con que cuenta el investigador de las enfermedades de la vejez, es, al mismo tiempo, la práctica principal de la misma: el internamiento en un espacio controlado. El aislamiento de la sociedad, incluso de los otros pacientes. ¿No convierte esto al hospital de la Salpêtrière en el mejor de los laboratorios posibles?¹¹¹

Cuestión de tiempo

La duración de la enfermedad hace referencia al tiempo transcurrido entre que esta comienza hasta que finaliza. La medicina ha utilizado, ya desde los tiempos de Hipócrates, la distinta duración de cada enfermedad para realizar calificaciones que puedan ayudar en el diagnóstico y curación de las mismas. Esta división distinguía entre enfermedades efímeras (duran un día), agudas (duran un máximo de cuarenta días) y crónicas, que duran más de cuarenta días. Cada uno de estos grupos contaba, a su vez, con subdivisiones más específicas (efímeras prolongadas, subagudas...) ¹¹². Lo primero que debemos resaltar, y que es evidente para cualquiera, es que los cuidados que necesita un tipo de enfermedad u otro son totalmente distintos. Un enfermo con una enfermedad aguda sabe que, como mucho, salvo imprevistos, estará enfermo un máximo de cuarenta días. Esto implica, por ejemplo, que su estancia en un hospital, o su falta de ingresos, será breve. No es necesario, en un primer momento, buscar más ayuda que la

¹¹¹ Sobre las enfermedades de la vejez existen excelentes estudios, muchos de ellos vinculados a la historia de la geriatría. Sigue siendo de interés el clásico de Mirko D. Grmeck, *On Aging and Old Age. Basic Problems and Historic Aspects of Gerontology and Geriatrics*. (La Haya: Funk, 1958). Más reciente, y centrado en la historia del surgimiento de la disciplina en Estados Unidos, es el libro de W. Andrew Achenbaum, *Crossing Frontiers. Gerontology Emerges as a Science*. (New York: Cambridge University Press, 1995). Se encontrará un excelente comentario sobre las relaciones entre enfermedad y vejez en el capítulo dedicado al envejecimiento en James C. Riley, *Sickness, Recovery and Death*. (Iowa: University of Iowa Press, 1989), 29-61. Sobre la vejez como estado patológico, véase Marie-José Imbault-Huart, "La vieillesse: état pathologique ou ultime équilibre de vie?," en *Enfermedad y castigo*, ed. Jose Luis Peset (Madrid: Instituto Arnau de Vilanova – Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1984), 301-16.

¹¹² Agustin-Jacob Landré-Beauvais, *Séméiotique, ou Traité des signes des maladies*, 3 ed. (Paris: J.A. Brosson, 1818), 492-93.

estrictamente curativa. Una vez sanado, el enfermo volverá a su hogar, o volverá a su trabajo, y todo habrá terminado. Esto no es así en el caso de los enfermos crónicos. Su enfermedad puede extenderse durante meses, tal vez años. Sus necesidades, por tanto, de atención y por supuesto de sustento, son totalmente distintas. Si el enfermo, a consecuencia de su enfermedad, no puede trabajar, alguien deberá mantenerlo. Si se encuentra en un hospital, debe prepararse para una estancia prolongada, lejos de su hogar. Esto en cuanto a las necesidades del enfermo, pero el hospital también tendrá unas necesidades según sean sus enfermos agudos o crónicos. Los segundos demandan una atención dilatada en el tiempo, ocuparán una cama durante un largo periodo, comerán la comida del hospital durante meses, tal vez años. En el caso de encontrarse en hospitales para enfermos agudos (una situación nada extraña, como veremos más adelante), el hospital no podrá cumplir sus funciones correctamente, puesto que los recursos que debían destinarse a los agudos se gastarán en enfermos crónicos, etc. Vemos por tanto que esta simple división artificial de las enfermedades, atendiendo a su duración, implica diferencias tanto para los enfermos como para su entorno. Pero no se trata de una simple división artificial, al menos, no solamente: *“Les maladies aiguës et chroniques en diffèrent pas seulement par ce caractère artificiel; elles forment deux groupes assez naturels [...]”*¹¹³. Esta división natural se sustenta en una serie de paralelismos entre sus rasgos principales. Gintrac cita hasta ocho. Nos interesa resaltar alguno de ellos:

- Mientras que las enfermedades agudas se corresponden con las edades de la juventud y la madurez, las enfermedades crónicas son mucho más comunes durante la vejez.
- Las causas de la enfermedad crónica suelen ser oscuras, desconocidas.
- Las enfermedades crónicas dejan tras de sí cambios profundos y perdurables en el cuerpo del enfermo y en su salud.
- La terapéutica de las enfermedades crónicas es compleja, frente a la sencillez que suele presentar la de las agudas¹¹⁴.

¹¹³ Gintrac, *Cours Théoretique et Clinique de Pathologie Interne et de Thérapie Médical*, 455.

¹¹⁴ Ibid., 455-56.

El primer punto debe ser resaltado, puesto que al identificar enfermedad crónica con la vejez, algo que también está presente en Landré-Beauvais¹¹⁵, situamos al enfermo crónico en las mismas coordenadas que las descritas para la vejez en el apartado anterior: el enfermo crónico, al igual que el anciano, posiblemente por serlo, es un enfermo solitario, apartado del resto de la sociedad por su enfermedad, por los profundos cambios que esta imprime en su cuerpo y en su entorno social (punto 3). Los puntos segundo y cuarto nos conducen a otra realidad, a la realidad de una terapéutica compleja, y muchas veces infructuosa. La oscuridad de las causas conduce directamente a la dificultad de la curación. Es este el argumento que emplea Samuel Hahnemann (1755-1843) para explicar la imposibilidad de curar la enfermedad crónica por los métodos tradicionales. No se trata solamente de que los métodos alopáticos sean groseros e inútiles. Si las enfermedades crónicas son la “desesperación de la medicina”¹¹⁶, es porque esta desconoce la causa profunda, la única causa, de la multitud de enfermedades crónicas: la *psore*¹¹⁷. La enfermedad crónica será uno más de los campos de batalla entre las distintas *doctrinas*. Sin embargo, sí parece haber coincidencia en algo: no se estudia las enfermedades crónicas por su dificultad para conocer causas y lograr éxitos terapéuticos y, por tanto, es muy difícil desarrollar una terapéutica, puesto que nadie se presta a su estudio. Ante tal estado de cosas, poco es posible hacer para sanar la enfermedad:

La thérapeutique des maladies chroniques se traîne dans l'ornière des palliatifs désastreux, tels que l'opium, la belladone, etc., et des curatifs douloureux et inefficaces, tels que les cautères, les moxas, les vésicatoires, les ventouses, etc.¹¹⁸

La enfermedad crónica sumerge al enfermo en un mundo de privaciones, de dolor, que puede tornarse insoportable¹¹⁹. La Salpêtrière, por tanto, es el lugar idóneo

¹¹⁵ Landré-Beauvais, *Séméiotique, ou Traité des signes des maladies*, 494.

¹¹⁶ Samuel Hahnemann, *Des Maladies Chroniques, de leur nature spéciale et de leur traitement homoeopathique*. (Lyon: Louis Babeuf, 1832), 3.

¹¹⁷ Ibid., 12.

¹¹⁸ Louis Fleury, *Traité thérapeutique et clinique de d'Hydrothérapie. De l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies chroniques*, 3 ed. (Paris: P. Asselin, 1866), 355.

¹¹⁹ Ibidem.

para ellos. Donde serán cuidados, resguardados del frío que puede herir sus delicadas articulaciones. Resguardados, si no del dolor, al menos sí del mundo.

Incurables

Llegados a este punto, ¿qué es una enfermedad incurable? ¿Lo son las enfermedades de la vejez? ¿Lo son las enfermedades crónicas? Littré lo tiene muy claro: "*Se dit des maladies pour lesquelles on ne connaît pas encore de moyen de guérison, ou qu'on ne peu réellement guérir*"¹²⁰. Más información nos aporta el Panckoucke, que distingue entre aquellas enfermedades que son incurables por imperfección del arte (médico), aquellas que lo son por la naturaleza del mal y aquellas que lo son porque su cura implicaría el desarrollo de una enfermedad más grave y peligrosa para la salud del individuo¹²¹. La *Encyclopedie Méthodique* (1787 – 1830) no nos aporta muchas más pistas. El artículo *Incurables (maladies)* es, en realidad, una soflama en favor del progreso del conocimiento humano, que terminará por hacer innecesario el término¹²². En todo caso, para el que lea este artículo una cosa queda clara: una enfermedad incurable es aquella que, sencillamente, no se puede curar. Vemos por tanto que la doctrina sobre las enfermedades incurables no ha variado a lo largo del siglo XIX, y que estas son aquellas enfermedades que no tienen cura, por alguna de las causas indicadas en el Panckoucke¹²³. Ante esta definición, no se puede hacer otra cosa que realizar

¹²⁰ Emile Littré y Charles Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*, 13 ed. (Paris: J.-B. Baillière, 1873), Art. Incurables.

¹²¹ Charles-Louis-Fleury Panckoucke, ed. *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, 60 vols. (Paris: C.L.F. Panckoucke, 1812 - 1822), Art. *Incurable*, firmado por Antoine-François-Jenin de Montègre. Sobre el último tipo de enfermedades incurables mencionado, ver el trabajo de Raymond sobre enfermedades que puede ser peligroso sanar, trabajo que empieza como sigue: "*Une des erreurs les plus dangereuses en médecine, c'est de vouloir guérir toutes les maladies.*" En Dominique Raymond, *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*. (Paris: Brunot-Labbe, 1816), V.

¹²² Charles-Joseph Panckoucke, Henri Agasse y Veuve d'Henri Agasse, eds., *Encyclopédie méthodique*, 16 vols., *Medicine* (Paris & Liège: Packoucke & Plomteux, 1787 - 1830).

¹²³ Encontramos un eco de esta distinción entre enfermedades incurables defendida en el Panckoucke en un artículo publicado en 1846 por Salazar en la *Gaceta Médica*: "*Que haya enfermedades incurables de suyo, y otras que lo son por la insuficiencia de los actuales conocimientos, desde luego concedido...*" (M.R. Salazar, "Contestación a las ideas del Sr. Hysern sobre Homeopatía,"

listados, apuntar qué enfermedad es curable y cuál no, y desear que, con el paso del tiempo, la segunda lista se vaya haciendo más y más corta. Mientras, al enfermo sólo le resta estremecerse:

Comprenez-vous, cher lecteur, un mot plus brutal que celui-là? C'est un arrêt, c'est une sentence! [...] Incurable... vous prononcez cela sans tressaillir? Ne comprenez-vous donc pas qu'il renferme tout un avenir de découragement, des jours lents et pleins de tortures!¹²⁴

¿Dónde se produce la intersección de estas tres categorías: enfermedades de la vejez, crónicas e incurables? Porque no todas las enfermedades de la vejez son crónicas, ni todas las enfermedades crónicas son incurables. ¿Qué tienen en común, entonces, aparte de ese futuro de desaliento, de días lentos? El lugar donde ese futuro, donde esos días, transcurren. La sede de la enfermedad¹²⁵.

2.2.- Localizando la enfermedad

Como hemos indicado anteriormente, es necesario localizar la enfermedad. Esto significa, en primer lugar, distribuirla en el espacio en que se desarrolla, en este

Gaceta Médica II, no. 42 (1846): 329, col. a.). Este artículo forma parte de una serie destinada a criticar las ideas de la homeopatía. El debate entre homeopatía y medicina tradicional es de especial interés para nuestro tema, puesto que gran parte de él se desarrolla alrededor de las llamadas *enfermedades incurables*, que la homeopatía decía ser capaz de curar. Parte de la argumentación en contra de tal afirmación por parte de la medicina tradicional consistía, precisamente, en afirmar: primero, que las enfermedades incurables enumeradas por los homeópatas (fiebres nerviosas, fiebres pútridas, hidropesía) no eran tales; segundo, que, por otra parte, no citaban otras que sí eran, de suyo, incurables (aquellas que generan graves lesiones internas en los órganos, como ciertas fiebres agudas, derrames internos en órganos vitales, hipertrofia de los vasos sanguíneos, ciertos tipos de neurosis, etc.); tercero, que las enfermedades incurables para la medicina tradicional lo eran también para la homeopatía, y que muchas que la homeopatía decía curar, también eran curadas por la medicina tradicional y que las curadas por la medicina tradicional no lo eran mediante la homeopatía; y cuarto, que los presuntos éxitos de la homeopatía no eran tales (ibid.).

¹²⁴ Massé, *Trois maladies réputées incurables. Épilepsie - Dartres - Scrofules (Exemples de guérison)*.

¹²⁵ Obviamente, no es posible generalizar. No todos los enfermos pertenecientes a estas categorías compartían el mismo espacio. No todos se encuentran reclusos en instituciones especiales. Sólo aquellos que no tienen más remedio. Aquellos que no tienen dinero para mantenerse o familia para cuidarlos. Aquellos que están *desamparados*.

caso, el Hospital de la Salpêtrière, donde tanto Durand-Fardel como Charcot realizan sus observaciones. En segundo lugar, es necesario atender a lo que se hace en ese hospital, es decir, aquellas prácticas que son ejercidas sobre los cuerpos enfermos, recostados en sus lechos, encerrados entre las paredes del recinto del hospital. La intención que nos guía es la de establecer el contenido de la categoría. Una categoría, es cierto, todavía no definida del todo, en la que se mezclan, como hemos dicho, enfermedades de la vejez, enfermedades crónicas y enfermedades incurables. Atendiendo a este doble objetivo, el apartado presente se divide en dos partes, la primera está dedicada a la arquitectura del Hospital de la Salpêtrière, la distribución de las salas, el mobiliario que se puede encontrar allí, etc. El segundo apartado se centrará en las distintas acciones que se ejercían sobre, y eran ejercidas por, el enfermo, primando aquellas de tipo terapéutico, si bien también trataremos, aunque de forma tangencial, aquellas prácticas que, sobre todo en época de Charcot, iban encaminadas a lograr la objetivación de la categoría.

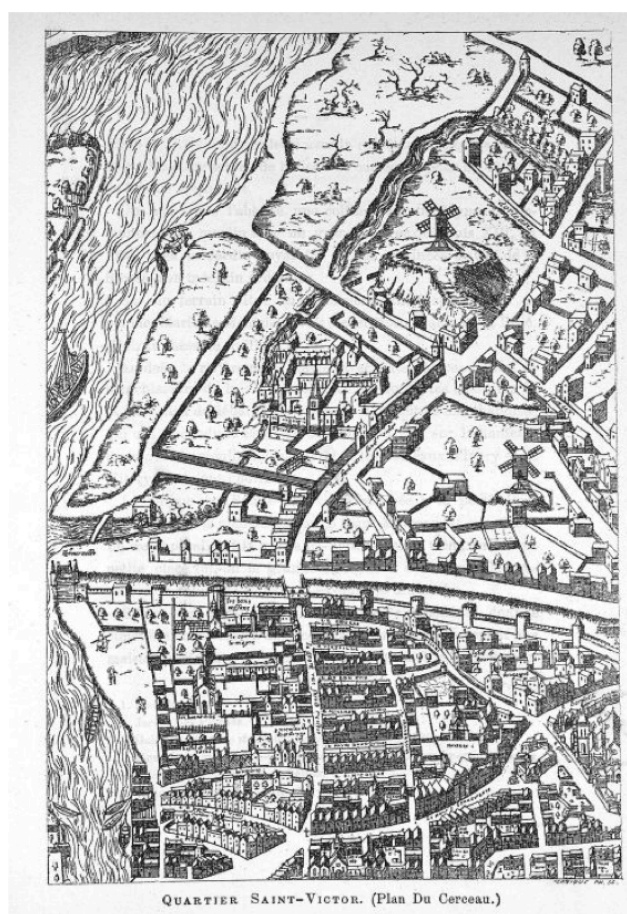


Ilustración 2: Barrio de San Victor, a orillas del Sena, donde se instaló el Hospital de la Salpêtrière.

Fuente: Boucher 1833, p. 15.

La Salpêtrière

El Hospicio de Mujeres Incurables de la Salpêtrière fue mandado construir por Louis XIII sobre los terrenos del antiguo Arsenal, en el Quartier Saint-Victor (ver Ilustración 2). Debía ser, en principio, un “pequeño arsenal”, en el que se trabajaría el salitre (de ahí su nombre). Sin embargo, los trabajos fueron interrumpidos, durante el principio del reinado de Louis XIV, por las revueltas de la Fronda. Una vez terminadas estas, el Parlamento de París presenta al cardenal Mazarino un proyecto para la construcción de un hospital para pobres, que sea, al mismo tiempo, lugar de encierro. El 27 de abril de 1656, se publica un edicto real en que, reconociéndose el estado de miseria de París, se aprueba la construcción de dicho lugar, y se autoriza la búsqueda de fondos para el mismo. El objetivo, según dicho edicto, era aportar a los pobres no sólo los cuidados materiales que les eran necesarios, sino, sobre todo, los espirituales¹²⁶. Es en este momento cuando Louis XIV cede los terrenos y construcciones del “petit Arsenal” o “Salpêtrière” para este fin. La historia de la Salpêtrière es larga y compleja. Durante un tiempo convivieron en ella ancianas, alienadas, delincuentes (pues hubo una cárcel, la prisión de la Force, construida en 1684), etc.

La Salpêtrière est le plus grand hôpital de Paris, et peut-être de l'Europe: cet hôpital est en même temps une maison de femmes et une maison de force; on y reçoit des femmes et de fils enceintes, des nourrices avec leur nourrissons; des enfant mâles, depuis l'âge de sept à huit mois jusqu'à quatre et cinq ans; de jeunes filles à toute sorte d'âges; de vieille femmes et de vieux hommes mariés, des folles furieuses, des imbéciles, des épileptiques, des paralytiques, des aveugles, des estropiées, des teigneuses, des incurables de toute espèce, des enfants avec des humeurs froides, etc., etc.¹²⁷

¹²⁶ Louis Boucher, "La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790. Ses Origins et son fonctionnement au XVIIIe siècle" (Université de Paris, 1883), 27.

¹²⁷ Tenon, 2eme. Mémoire, art. 15, p. 83, citado por Husson, *Étude sur les Hopitaux considérés sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*, 284, n. 1. Sobre los cambios sufridos en las instituciones hospitalarias parisinas durante la transición entre el Antiguo Régimen y la Revolución, véase John Frangos, *From Housing the Poor to Healing the Sick*. (London: Associated University Press, 1997). Comenzando con la reforma de 1774 y terminando con Napoleón, Frangos ofrece una panorámica ejemplar de los cambios sufridos en la legislación francesa. Tratando un tramo temporal

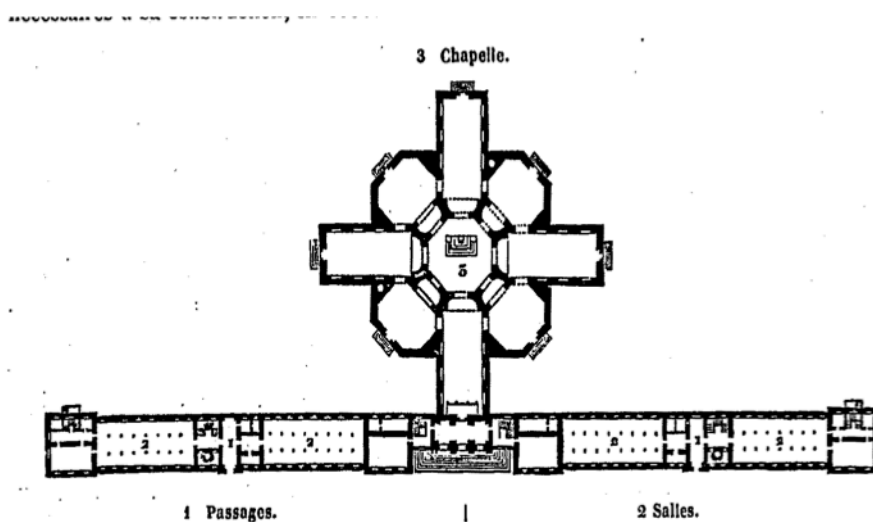


Ilustración 3: Capilla de la Sâlpêtrière (3), Batiment Mazarin (1), Batiment Lassai (2). Planta. Husson 1862, p. 284

El complejo que albergaba tal abigarrada y dispar multitud no podía menos que ser inmenso y, si hacemos caso tanto a los informes del siglo XVIII como a las fuentes iconográficas (ver, por ejemplo, la Ilustración 1), miserable. Si bien el complejo en sí era inmenso (ver Ilustración 5), las salas principales, las primeras que se construyeron, estaban concentradas en los llamados edificios Mazarino y Lassay, que flanqueaban la iglesia (Ilustración 3 e Ilustración 4). Era, sin lugar a dudas, un lugar grandioso, que ocupaba 31 hectáreas de terreno a orillas del Sena, cerca del *Jardin des Plantes*, en el centro de París. Una magnífica construcción (Ilustración 4), con una capilla ricamente ornamentada, grandiosa. Un lugar en el que habitaban, el día 1 de julio de 1862, 5.035 personas, de las cuales 4.257 eran enfermas, repartidas en 4.422 lechos¹²⁸.

ligeramente posterior, el trabajo clásico de Ackerknecht sobre los hospitales franceses sigue resultando de interés, cfr. Erwin H. Ackerknecht, *Le médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. (Paris: Payot, 1986). De interés tangencial para el tema del presente artículo, pero que ofrece una panorámica de los hospitales parisinos de una época posterior, también puede consultarse el texto de Jean-Paul Martineaud, *La Commune de Paris, l'assistance publique et les Hôpitaux en 1871*. (Paris: L'Harmattan, 2004).

¹²⁸ Husson, *Étude sur les Hopitaux considérés sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*, 288-89.



Ilustración 4: Hospital de Salpêtrière. Grabado sobre acero. 1853. www.poorhousestory.com

Las internas estaban divididas en dos grandes grupos: el de las indigentes y el de las alienadas, siendo el primero el grupo más numeroso (2.635 personas, frente a las 1.513 del segundo). Para cubrir sus necesidades se contaba con 553 empleados y sirvientes, además de 56 personas más entre personal de administración, médico y religioso¹²⁹. Todas ellas distribuidas en 14 de los edificios que componían la institución, quedando las indigentes reunidas en las antiguas construcciones originarias junto a la iglesia y en las antiguas dependencias de la cárcel (Ilustración 6), y las alienadas distribuidas en los llamados edificios de Rambuteau, Esquirol y Pinel, situados en la parte superior del plano representado en la Ilustración 5¹³⁰.

¹²⁹ Ibid., 289. En la nota 3 de esa misma página se incluye el listado completo de personal médico, que comprendía: siete médicos, un cirujano, ocho alumnos internos de medicina o cirugía, un farmacéutico, ocho alumnos internos de farmacia y catorce externos, en total, 39 profesionales.

¹³⁰ La historia arquitectónica de la Salpêtrière es tan compleja como cabría esperar, con edificios construidos en diversas épocas siguiendo planes y concepciones del hospital completamente distintos. Para el estudio del diseño de hospitales, sigue siendo pertinente el estudio de John D. Thompson y Grace Goldin, *The Hospital: a Social and Architectural History*. (New Haven & London: Yale University Press, 1975). En concreto, los capítulos 4 y 5, que comprenden el diseño de hospitales desde el Renacimiento (caracterizado por salas de tamaño medio) hasta el siglo XIX (en el que se inicia la construcción de los grandes pabellones hospitalarios). Con un punto de vista más actual, el libro editado por Silvie Le Clech-Charton ofrece una versión más local y centrada en la

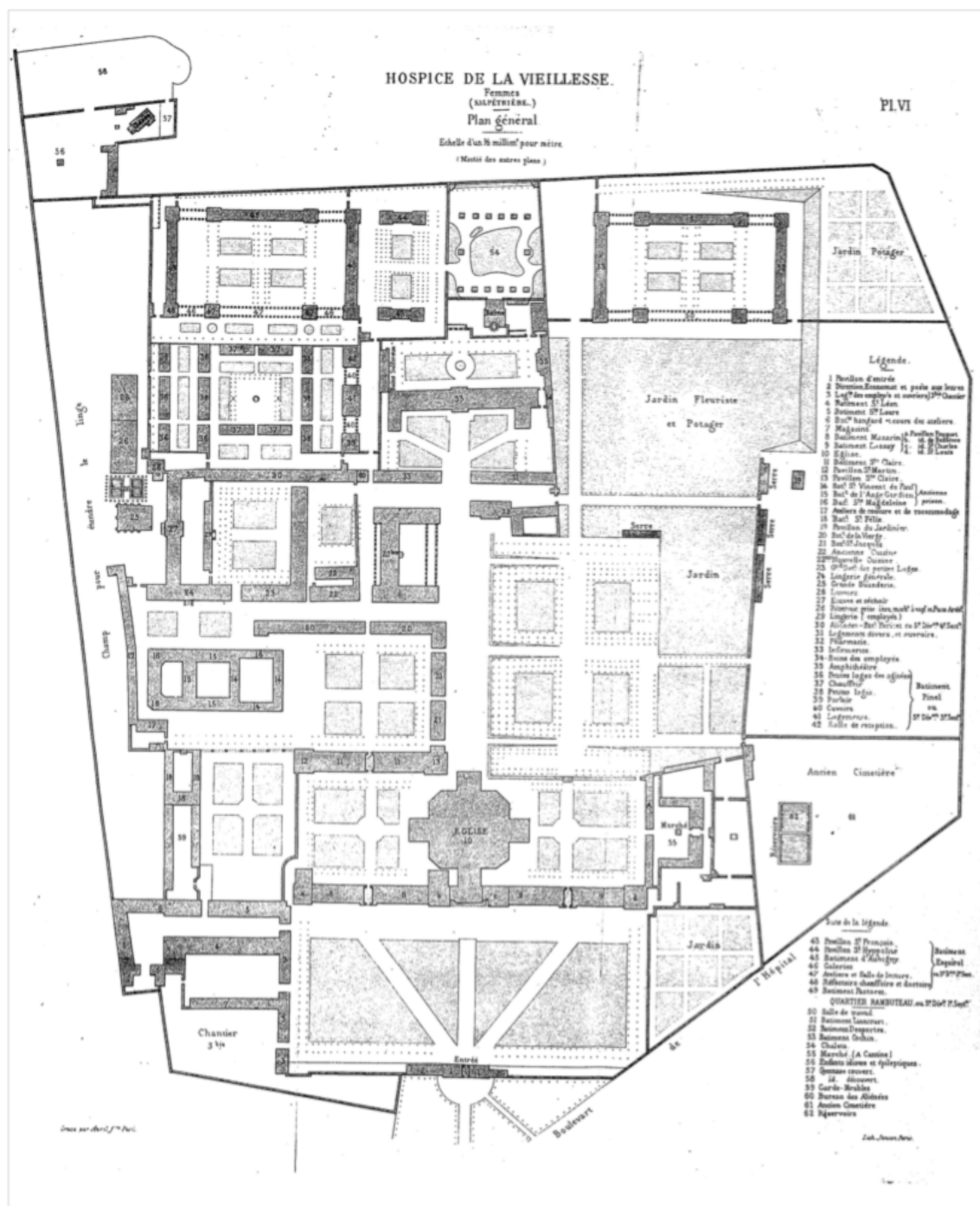


Ilustración 5: Planta general de la Salpêtrière. Husson 1862, plancha VI. Apéndices.

cultura material de la evolución de los hospitales en Francia, cfr. Silvie Le Clech-Charton, ed. *Les établissements hospitaliers en France du Moyen Âge au XIXe siècle. Espaces, objects et populations* (Dijon: Editions Universitaires de Dijon, 2010).

En el sector detallado en la ilustración 6 se encuentra, precisamente, *la sede* de la enfermedad que buscábamos: en el espacio comprendido por los antiguos edificios Mazarino, Lassay y St. Claire, alrededor de la Iglesia, y por la antigua prisión de la Force, reconvertida en salas para las enfermas (el edificio con tres grandes patios centrales que se encuentra en la esquina superior izquierda de la ilustración 6). En estas tres inmensas construcciones se encuentran las 2.635 indigentes (válidas, inválidas, gotosas, enfermas, cancerosas) que habitaban la Salpêtrière en el año 1862. Cuatro años antes de que Charcot editara su libro. Tal vez las mismas a las que Charcot observa. Las mismas de las que Charcot nos habla.

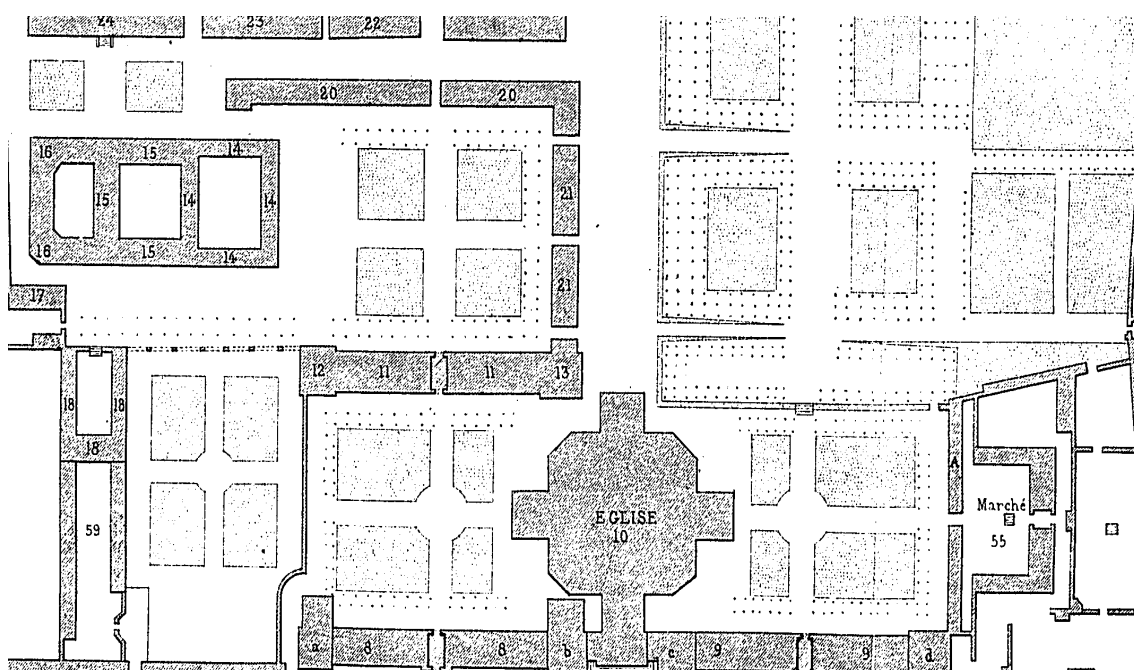


Ilustración 6: Sección del plano correspondiente a la antigua cárcel de la Force y al Batiment Mazarin, Lassay y St. Claire. Ampliación de la figura 5.

El siguiente cuadro de la escuela francesa, datado hacia 1780, en que se representa la visita de Jacques Necker (1732-1804) al Hospice de la Charité, nos puede ayudar a hacernos una idea de cómo podían ser las salas en las que reposaban los enfermos. Si nos fijamos en la Ilustración 7, podemos ver a un grupo reunido alrededor de una camilla en la que se transporta a un enfermo. El grupo está compuesto por los señores Necker, dos monjas, un capellán y los dos camilleros, además del enfermo. A la derecha de este grupo, vemos un lecho abierto, en el que reposa un enfermo. A su lado, mirando al grupo principal, un hombre vestido de negro, muy posiblemente un médico, pues parece tomar el pulso a la persona de la

cama. Tal vez un amante. O un marido. A la izquierda del grupo principal, vemos una sucesión de lechos con dosel, hasta un total de ocho. Cuando terminan, a través de una puerta en la pared que da a otra sala que es de suponer igual a la que ocupa el primer plano, más lechos. La luz proviene de los altos ventanales que, por encima de las camas, llegan al techo. Las paredes son blancas. El suelo, marrón. Tal vez de tierra.



Ilustración 7: Visite de M. et Mme. Necker à l'Hospice de la Charité. École française, vers 1780. Huile sur toile. Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Lo primero que llama la atención es el número de camas que debía haber por cada sala. Hemos contado ocho, tan sólo en un lateral y tan sólo en lo que parece ser una sección de la estancia. El número de camas por sala en este hospital de la *rue de Sèvres*, debía ser, probablemente, cercano a treinta o treinta y cinco. Lo segundo que nos sorprende es la suntuosidad de las camas. Amplias camas con dosel, con ropa limpia, blanca, que parece de buena calidad. No hay, sin embargo, más mobiliario. Tan sólo camas, una al lado de la otra. ¿Ofrece este cuadro una imagen real de lo que podía ser el interior de un hospital de este estilo? Los doseles en las camas nos pueden hacer dudar, sin embargo este detalle se ve confirmado por

Armand Husson (1809-1874), que nos muestra, en su interesante representación del mobiliario de los hospitales en 1862, que la presencia de doseles en las salas hospitalarias era algo bastante común¹³¹. En la ilustración 8 podemos comprobar que era posible encontrar esas camas con dosel. Husson calcula que de las 19.602 camas del total del sistema hospitalario francés, 7.443 contaban con dosel¹³². Junto a la cama con dosel, vemos que Husson representa otra serie de accesorios que se encontraban presentes en los hospitales franceses del XIX: una mesa de noche, una luz artificial colgante, sillas y sillones, todo tipos de tazas, vasos, botes, etc. ¿Podemos suponer que en la Salpêtrière se contaba con todos estos lujos? Tal vez sea mucho suponer.

En la Ilustración nº. 9 podemos observar otro tipo de cama, muy distinta a la anterior. No cuenta con dosel. No cuenta con somier de muelles. En el texto de la parte superior se lee claramente: *“Lit sans montants et à tiroir pour les hospices”*. Estos lechos sin dosel ascendían a 9.519¹³³. Muy probablemente, las enfermas de la Salpêtrière no contaban con dosel. En la Ilustración 10 podemos contemplar una visita de Charcot a sus enfermos, junto a un numeroso grupo de, suponemos, estudiantes. Charcot ausculta a una mujer, mientras el resto escucha atenta y pacientemente. Uno parece tomar notas. En todo caso, en el presente contexto nos interesa la sala en que esta escena ocurre, no tanto la escena en sí. Techos elevados, grandes ventanales situados de forma que no puede verse el exterior. La sala debe ser inmensa, si atendemos a la diferencia de tamaño entre las figuras del primer plano y las del fondo. A la derecha, casi fuera de cuadro, algo que podía ser una estufa. A la izquierda, las camas. Sin dosel. Lo cual, para Charcot, es siempre una ventaja. Recordemos que tan sólo mediante la observación impersonal y positiva se puede hacer ciencia. El cabecero de la cama hace las veces de mesilla, y, sobre él, vemos frascos, una taza, una botella. Al lado de cada cama, colgada de la pared, una carpeta con las anotaciones médicas. La suntuosidad del cuadro de la

¹³¹ Para más información sobre el Hospice de la Charité, ver: europaphe.aphp.org

¹³² Husson, *Étude sur les Hopitaux considérés sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*, 82.

¹³³ Ibidem.

ilustración 7 ha desaparecido. Pero los espacios siguen siendo inmensos, llenos de gente. Podemos hacernos una idea más aproximada de la composición de los espacios con la ayuda del siguiente texto, en que se describe la enfermería general de la Salpêtrière:

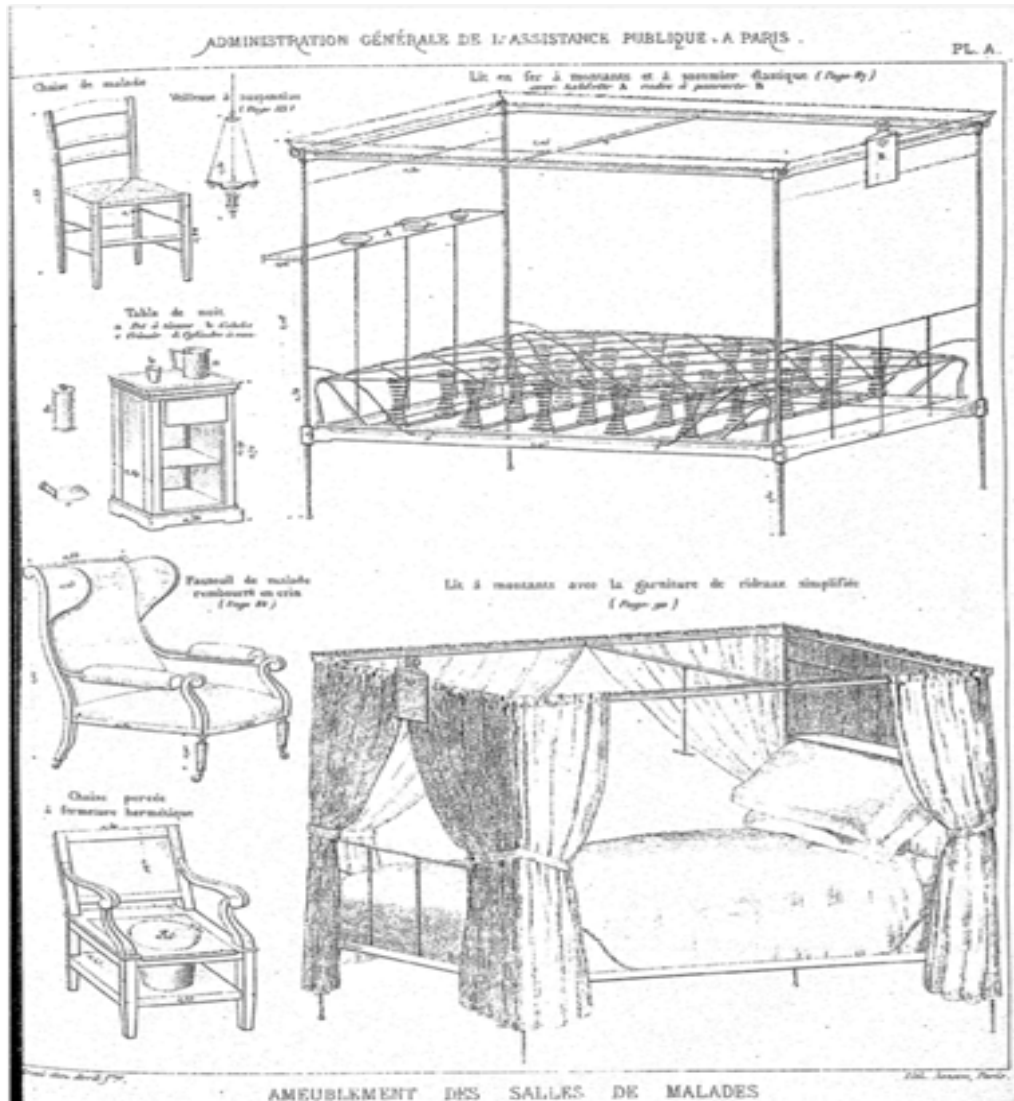


Ilustración 8: Ameublement des Salle de Malades. Husson 1862, plancha A.

“L’infirmerie générale, parfaitement installée, peut recevoir 223 malades dans les services de médecine, et 68 dans le service de chirurgie. Les salles en sont vastes, élevées de plafond, et on y remarque cette disposition que chaque lit est placé en face d’une croisée, ce qui permet aux malades, souvent condamnées à une

immobilité absolue, de se distraire par la vue des arbres ou du mouvement extérieur”¹³⁴.

NÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS .

PL. B

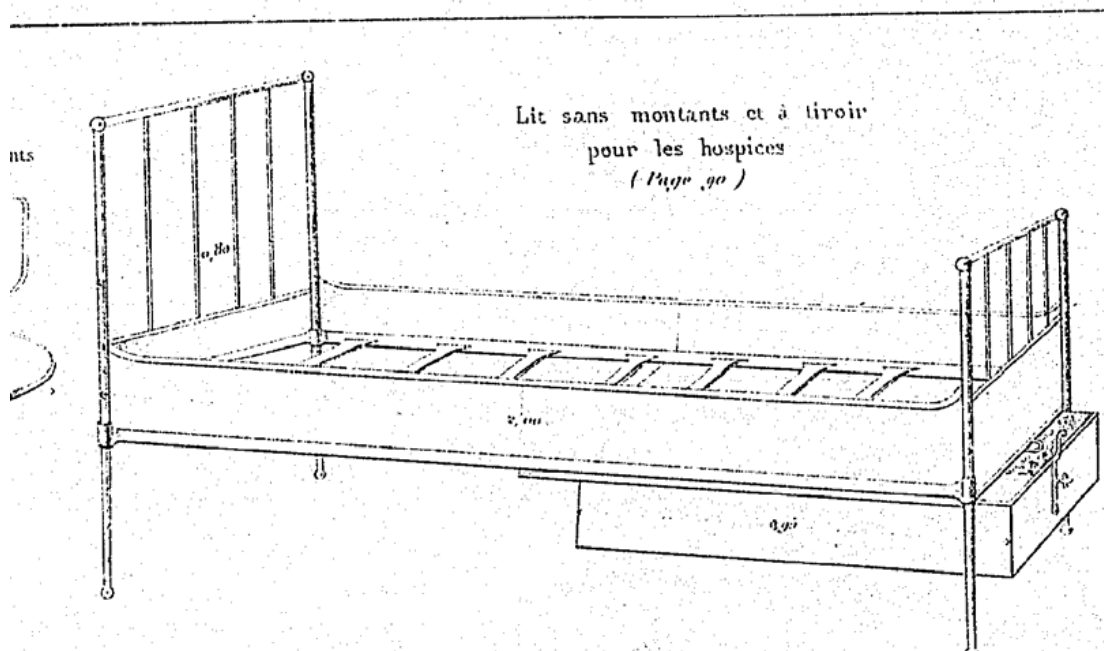


Ilustración 9: Ameublement des Salles de Malades. Husson 1862, plancha B. Detalle.

Situamos, así, a nuestras enfermas, a las enfermas de Durand-Fardel y de Charcot, en el espacio. En París, cerca del Sena, al lado del Jardin des Plantes, en la Salpêtrière, en el pabellón Mazarino, o tal vez en la antigua cárcel. En una gran sala común, de altos techos, con las camas una al lado de la otra. Camas sin dosel. Expuestas. Tal vez una mesilla al lado. Tal vez con un cajón bajo el colchón. Y con una enferma, tal vez una anciana, sobre él.

¹³⁴ Husson, *Étude sur les Hopitaux considérés sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*, 291. Curiosamente, el texto contradice al cuadro. Las ventanas que, nos dice Husson, permiten ver los árboles no se corresponden con los elevados ventanales de la ilustración número 10. La única explicación posible es, al tiempo, la más evidente: la sala representada no es la enfermería general, sino una de las salas principales de internos.

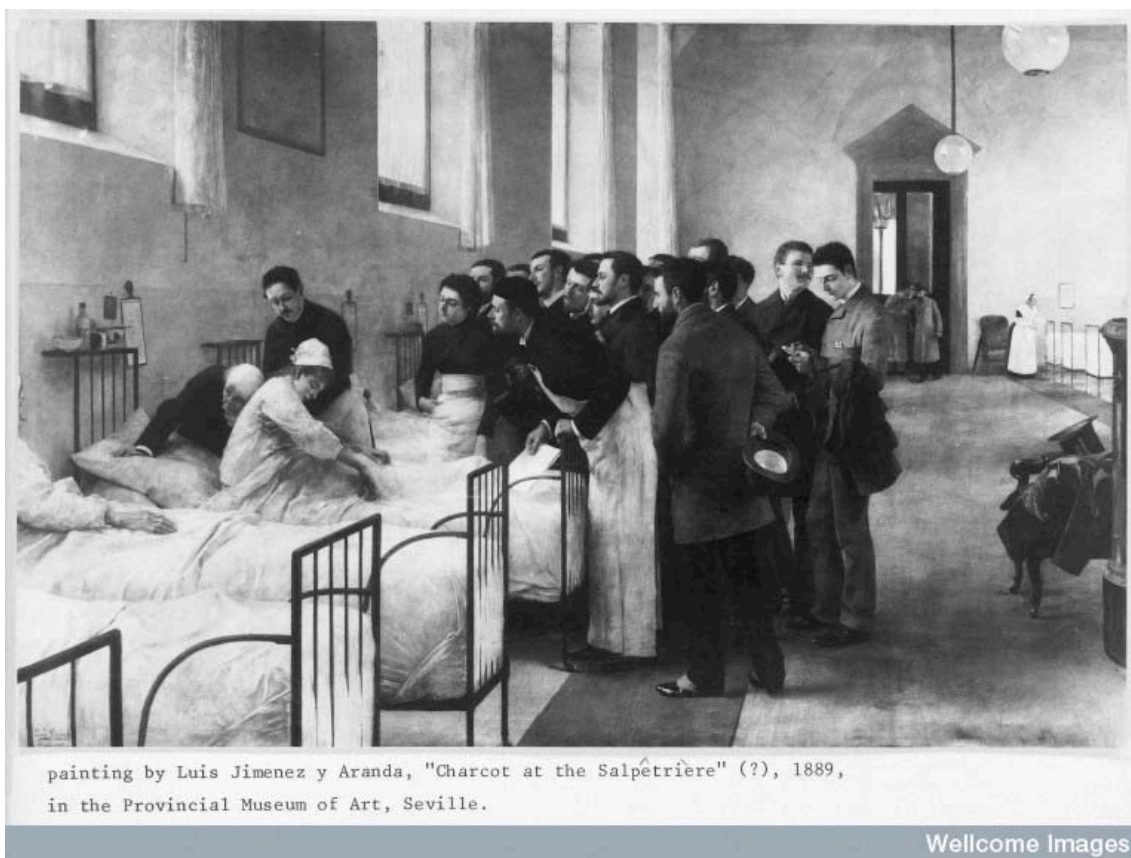


Ilustración 10: Charcot en la Sâlpêtrière, c. 1889. Luis Jiménez y Aranda, Museo Provincial de Arte, Sevilla.

Vidas en espera

Una vez localizadas, una vez que sabemos dónde se desarrolla la enfermedad, el siguiente paso consiste en saber cómo son esos días largos y terribles de las enfermas de la Salpêtrière. En otras palabras, cómo eran tratadas de su enfermedad. Nuestra intención, como declaramos más arriba, es intentar conocer qué tipo de prácticas se desarrollaban en este tipo de instituciones, para poder hacernos una idea de qué tratamiento podía estar recibiendo Calero. Para ello, analizaremos en este apartado tres tipos de prácticas que eran comunes en el hospital de la Salpêtrière. En primer lugar, las prácticas higiénicas, es decir: la alimentación que recibían los enfermos, las salidas de que disfrutaban, el régimen de visitas externas, etc. En segundo lugar, el tipo de tratamiento que recibían. En este punto, y como no es posible generalizar, escogeremos una enfermedad representativa que nos permita hacernos una idea de qué tipo de cuidados médicos se dispensaban en la institución. Éste será, sin lugar a dudas, el apartado

más importante de esta sección. En tercer y último lugar, y de una forma muy resumida, hablaremos de las prácticas de objetivación de la enfermedad que Charcot utilizó con tanto éxito en el caso de las enfermedades mentales y que también se encuentran presentes en el campo de las enfermedades de ancianos, crónicas e incurables. Pretendemos, en lo que sigue, llenar las camas de esas inmensas salas vacías que hemos descrito en el apartado precedente. Llenarlas de lamentos, gritos y lloros. Pero también de risas, conversaciones y cantos. Llenarlas, a fin de cuentas, con las enfermas que las habitaron.

La Salpêtrière no era, es fácil imaginarlo, un lugar agradable en el que vivir. Las grandes salas debían ser frías en invierno, pese a las estufas que, hemos intuido en la ilustración 10, estaban instaladas. Por otra parte, muchas de sus ocupantes sufrían dolores crónicos, otras sufrían enfermedades del aparato digestivo, algo que podemos traducir en diarreas y vómitos. Toses, ahogos, gritos de dolor, suspiros..., todo esto debía convertir la sala de internas en un lugar muy poco habitable. Y sin embargo, también es cierto que muchas de las enfermas no venían de vivir en condiciones mejores. El dolor es el mismo dentro que fuera de la Salpêtrière, y allí, más o menos, era tratado. Sabemos que, en líneas generales, había más camas que enfermas, pese a que algunos servicios estuvieran sobrepasados: si bien el número total de enfermas no alienadas era, en 1861, de 2.635 que contaban con 2.644 camas, las enfermas alienadas eran un total de 1.513, para un total de 1.341 camas¹³⁵. Las asiladas recibían vestimentas nuevas, eran bañadas, sus camas tenían ropas de lino blanco. Recibían tres comidas diarias en el comedor general y, si no podían levantarse, en su lecho. A las que podían, se les permitía salir los miércoles y domingos durante todo el día. Y recibían visitas los jueves y domingos. Sabemos que recibían lecciones de canto, sobre todo las alienadas, como parte de la terapia, y también que se celebraban bailes y fiestas¹³⁶. Y con todo, y pese a todo, no era un lugar para vivir, mucho menos para sanar. La tasa de mortalidad era del 21,3% para el año 1861¹³⁷. La vida diaria debía ser una constante espera: esperar la siguiente comida, esperar que llegase el domingo,

¹³⁵ Ibid., 288-89.

¹³⁶ Ibid., 291.

¹³⁷ Ibid., 290.

para salir o recibir visitas; esperar al maestro de canto; esperar al baile; esperar al doctor que hiciera su ronda; esperar a la enfermera que trajese los medicamentos; esperar el siguiente dolor, la siguiente arcada, la siguiente asfixia. La vida de la enferma en la Salpêtrière era una vida en espera.

¿Cómo era la visita del médico? ¿Qué ocurría en esas ocasiones en que Ms. Charcot, junto a sus alumnos, bajaba a la sala para visitar a sus enfermas? ¿Qué ocurría después de que reposara su oreja en la espalda de la enferma y escuchara la carraca de sus pulmones? ¿Qué era lo que se anotaba en las tablillas que había junto a la cabecera de la cama? En definitiva, ¿qué se hacía a las enfermas de la Salpêtrière además de enseñarles a cantar y darles de comer y ropas limpias? ¿En qué consistía su tratamiento? En la ilustración 11 podemos ver el *Bulletin Statistique* del Hospital de Lariboisière, un hospital parisino que empezó a funcionar a mediados del siglo XIX, en la orilla derecha del Sena. Este boletín pertenece al año 1861, y en él se describe la historia clínica de Jean Baptiste Letourner, de treinta tres años, que ingresó en el hospital el 7 de agosto de ese mismo año. La enfermedad que se le diagnosticó fue un reumatismo articular crónico primitivo, progresivo y muy intenso¹³⁸. Esta enfermedad, que aquí encontramos en un joven de 33 años, es una de las que poblaban las salas de la Salpêtrière:

[...] hoy me propongo llamar vuestra atención acerca de una de las afecciones crónicas que con más frecuencia se observan en este hospicio. Se trata del *reumatismo articular crónico*, que constituye, sin duda alguna, uno de los achaques más frecuentes en el sexo femenino, al menos en la clase pobre; puede calcularse en un 8 por 100 entre las enfermas de la Salpêtrière [...] la historia patológica de semejante enfermedad presenta no pocas dificultades que resolver [...] En efecto; durante mucho tiempo ha estado descuidado su estudio, al parecer ingrato [...]¹³⁹

¹³⁸ Jean-Martin Charcot, "Goutte Rhumatisme. Manuscrits des leçons de J.M. Charcot," <http://jubil.upnc.fr>.

¹³⁹ Jean-Martin Charcot, *Lecciones Clínicas sobre las Enfermedades de los Viejos y las Enfermedades Crónicas*. (Madrid: Enrique Teodoro, 1883; primera edición, 1866 - 1867). Se trata de la traducción al español del texto ya citado. Se encontrará una detallada descripción de la historia, procedimientos de admisión y vida cotidiana en el hospital de la Lariboisière en Jean-Paul

Série B, n° 1. — Modèle n° 17.

ANNÉE 186 — N°

BULLETIN STATISTIQUE.

MÉDECINE.

Salle *1^{er} Henri* Service de M. le Docteur

N° DU LIT : *5.* Ho *Hôpital Lariboisière*

Nom et prénoms du Malade : *Letourneur Jn. Baptiste.*

Sexe : *b.* Age : *33 ans* État civil : *g.* Profession : *goulemadier*

Lieu de naissance : *La Rochelle (Manche)* Domicile : *fig. N° Assomine 261.*

Date de l'Entrée : *7 août* Date de la Sortie : Date du Décès :

VACCINÉ.	REVACCINÉ	NON VACCINÉ.	VARIOLÉ.
—	ATEC SUCCÈS. —	—	—

Diagnostic.

Nom de la Maladie.....	<i>Rhumatisme articulaire chronique</i>
Aiguë.....	<i>Immédiat progressif très onctueux</i>
Chronique.....	<i>Medication Arsenicale.</i>
Siège.....	
Variétés.....	

Date du début de la Maladie..... *son père et sa mère sont absolument bien portants*

Période ou degré au moment de l'entrée..... *pas de Rhumatismes ? il a 8 frères, sa sœur qui n'aurait jamais eu de maladie, analogues à la sienne — n'a jamais eu de maladies notables dans la jeunesse.*

Maladies intercurrentes..... *qu'il a 14 ans son père pour aller à son oncle éprouva la grippe, m. Boulangier. Vers l'âge de 17 ans, il eut une pneumonie, suivie de 2 mois, de traitement de cœur, accompagné de qq. douleurs vagues dans les membres, mais qui n'ont jamais été accompagnées d'asthme. Ces accidents cèdent à plusieurs reprises, au bout de 8 jours d'usage de sirop de Digitaline. son viscération fut même artérielle.*

Complications.....

État à la sortie.

Guérison.....	<i>— à l'âge de 19 ans il vint à Paris</i>
Amélioration.....	<i>ou il éprouva, pendant qq. temps la grippe</i>
État stationnaire.....	<i>ou boulangier, puis celle de Marché d. Paris — au bout d'un an environ de séjour à Paris, il devint garçon de café, et à l'issue de cette dernière période, on put constater sa guérison. A cette époque il s'est trouvé très soulagé, et a pu travailler dans des caves, dans des glacisiers etc.</i>
Aggravation.....	<i>C'est à la fin de cette période, c'est à</i>

Mont.....

Autopsie cadavérique faite ou non faite.....

Observations particulières.

devenu en 1854, à 25 ans, qu'il a pour la première fois, pendant, dans l'articulation du tibia. tumeur gauche, de volume d'un œuf, qui s'est développée d'entre le 1^{er} et le 2^e os du pied. Le service de M. Toubert pendant 28 jours. — Il y avait, hydrogène intra-articulaire, on a employé des pointes de feu, à la

Le Chef de Service,

Ilustración 11: Boletín estadístico del Hospital Lariboisière. Historia clínica de J.B. Letourneur, 1861

Martineaud, *Une Histoire de L'Hôpital Lariboisière. Le Versailles de la Misère.* (Paris: L'Harmattan, 1998).

En este *Bulletin Statistique* podemos seguir los primeros pasos del enfermo al entrar al hospital. Lo primero es asignarle una sala y una cama, que a partir de ese momento serán su lugar, el sitio donde habitará, la sede de su enfermedad. El siguiente paso es tomar su nombre, su edad, su sexo y estado civil, así como su profesión, lugar de nacimiento y domicilio. Se indica la fecha de entrada. La de salida y la de muerte quedan en blanco. A partir de este momento empieza la espera. Los datos que se han recogido hasta el momento no son meramente administrativos. Todos ellos ayudarán al médico a la hora de realizar el diagnóstico, que se inicia con un interrogatorio:

Cette femme est âgée de quarante-cinq ans, née de père et de mère l'un et l'autre domestiques de ferme [...] La femme Étard a habité pendant les dix-neuf premières années de sa vie, dans une petite maison très basse et très humide [...] A vingt-huit ans, n'étant pas mariée, elle devient enceinte [...]¹⁴⁰

Lo primero que hace el enfermo con su médico es, por tanto, confesarse¹⁴¹. Y tendrá que hacerlo cada vez que él se lo pida, ante el grupo de alumnos que esté ese día en la sala, dispuesto a aprender, dispuestos a realizar sus tesis doctorales, a rellenar sus libretas con historias clínicas, con bocetos. El enfermo, a partir de ahora, estará totalmente expuesto, no sólo a las miradas, también a los oídos, al gusto y al tacto de los que lo cuidan. Tras esta primera confesión, una vez que el paciente ha contado su historia, se debe dar el siguiente paso. Es el momento en que el médico toma la palabra, describiendo, en primer lugar, el estado actual del enfermo:

¹⁴⁰ Charcot, "Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaires chroniques forme primitive, etc.", 31.

¹⁴¹ El conflicto ético de la medicina clínica, que aquí se ilustra, ha sido convenientemente señalado por Foucault: "El problema moral más importante que la idea clínica había suscitado era éste: ¿con qué derecho se podía transformar en objeto de observación clínica, un enfermo al cual la pobreza había obligado a solicitar asistencia al hospital?", Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.*, 125. Sigue siendo relevante el capítulo dedicado a los hospitales en la obra del filósofo francés (capítulo 5, pp. 97-128). Para una visión general de la historia de los hospitales véase Guenter B. Risse, *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*. (New York & Oxford: Oxford University Press, 1999).

La malade est pâle, anémique, son teint est plombé; les avant-bras sont dans une pronation extrême, les tendons des fléchisseurs des doigts forment des cordons à la face antérieure de l'avant-bras devenue postérieure; l'avant-bras est en même temps fléchi sur le bras à angles obtus.¹⁴²

Y ahora es cuando es posible realizar el diagnóstico. Una vez que se conoce la historia y se conoce el estado actual, los síntomas que la enferma presenta, es cuando el médico puede dar el nombre a la enfermedad, nombre que posibilita realizar una actividad más sobre el enfermo. En cierto modo, la única actividad que este podrá realizar mientras esté en el hospital: la terapia. Pero, ¿qué tipo de terapia se aplica a una enfermedad que es incurable? “[...] d'ailleurs, on peut dire que le traitement du rhumatisme articulaire chronique est encore moins efficace que celui de la goutte”¹⁴³. No podemos hacer nada, entonces, con los enfermos, excepto una cosa:

Mais ce que nous apprenons à connaître ici, mieux que partout ailleurs, c'est le prix qu'il faut attacher aux moyens qui soulagent, lorsqu'il est impossible de guérir.¹⁴⁴

El reumatismo articular crónico es una de las enfermedades más comunes, y también una de las más crueles. Las deformidades que produce esta enfermedad en las articulaciones (Ilustración 12) impiden, en primer lugar, el movimiento de la parte afectada. El enfermo queda, por tanto, incapacitado: para comer por sí mismo, para lavarse, para levantarse, para hacer sus necesidades... Y, por otra parte, origina un gran dolor, tanto en las articulaciones, como de origen muscular, un dolor que, además, lo más probable es que no desaparezca jamás¹⁴⁵. No debe extrañar, por tanto, que el tratamiento que se aplique en los hospitales para incurables, como el de la Salpêtrière, esté más encaminado a aliviar al enfermo que a curarlo:

Dans les cas où il y a des phénomènes d'acuité, les indications sont à peu près les

¹⁴² Charcot, *Lecciones Clínicas sobre las Enfermedades de los Viejos y las Enfermedades Crónicas*, 32.

¹⁴³ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 246.

¹⁴⁴ Ibid., 3.

¹⁴⁵ Charcot, "Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique forme primitive, etc.", 12.

mêmes que dans le rhumatisme articulaire aigu. On prescrit l'opium, le sulfate de quinine, les saignées locales, etc., quelquefois avec succès: mais le plus souvent, on est impuissant à entraver la marche progressive de la maladie.¹⁴⁶

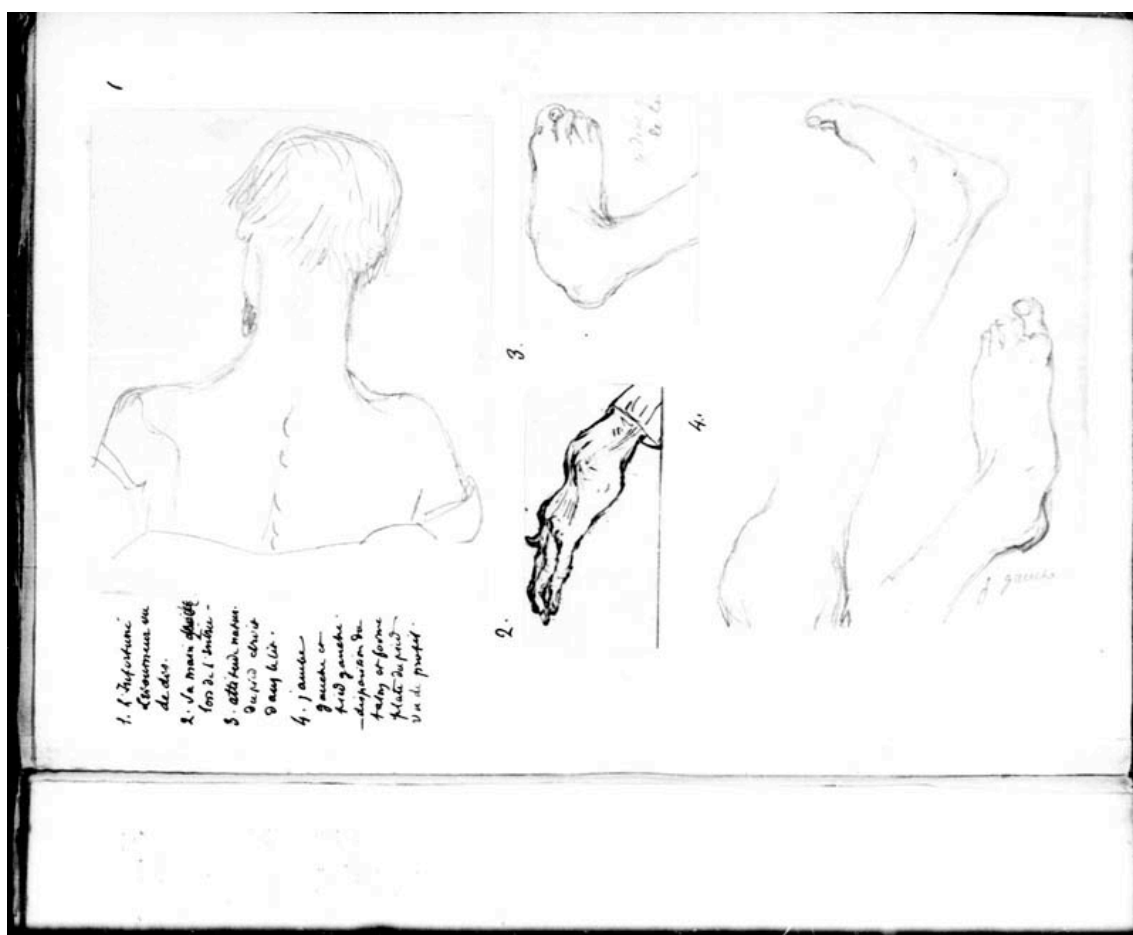


Ilustración 12: Boletín Estadístico del Hospital Lariboisière. Historia clínica de J.B. Letourner, 1861.

Así pues, vemos que en este caso concreto, en esta enfermedad concreta, la medicina debe limitarse a tratar los síntomas, a hacerlos más llevaderos, sin esperanzas de que se produzca una curación. Los métodos aplicados por Charcot y por otros en los enfermos reumáticos (los alcalinos en grandes dosis, el carbonato sódico, el arsénico, tanto ingerido como en forma de baños, amoniaco de guayacán, yoduro potásico, vesicatorios, botones de fuego, unturas de tintura de yodo, baños

¹⁴⁶ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 246.

medicinales...) no curan esta enfermedad. Como mucho, controlan los síntomas, palían sus efectos, los mitigan:

Nous avons cherché à mettre en lumière les moyens thérapeutiques qui nous ont paru doués de l'efficacité la plus réelle: mais, il faut en convenir, le rhumatisme chronique est une affection que toutes les ressources de la médecine, dans la majorité des cas, en parviennent pas à guérir.¹⁴⁷

En las páginas precedentes se ha intentado describir de forma muy resumida el tipo de prácticas más comunes a las que las pacientes de la Salpêtrière eran sometidas. Prácticas de tipo *higiénico*, entre las que se incluyen los baños frecuentes y las clases de canto; de tipo dietético, con una alimentación diaria, regular y controlada; de tipo médico, con el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad y con el tratamiento terapéutico adecuado, muchas de las veces de tipo exclusivamente paliativo, tratamiento que incluía las visitas a los baños termales así como la cauterización local, utilizando los botones de fuego, y las sangrías, las inyecciones intravenosas y la ingestión oral de preparados farmacéuticos más o menos eficientes. Pero esto no agota el tipo de prácticas que se realizaban en el hospital francés, aún queda un cuarto tipo en el que las enfermas estaban involucradas, un tipo de prácticas que tiene como finalidad objetivar la enfermedad, extirpándola de su sede y haciéndola, de alguna manera, independiente, exportable fuera de la cama sin dosel, del *batiment Mazarin*, del mismo París. Para ello no basta medir, no basta escribir las historias médicas y colgarlas de los cabeceros de las camas. Es necesario enseñar, *mostrar*, porque sólo la observación cuidadosa posibilita la ciencia.

Debemos situarnos en contexto. En el año 1853, cuando Charcot defiende su tesis para el doctorado en medicina con el tema del reumatismo articular crónico no está cumpliendo un mero trámite. Charcot se está apoderando de un tema, reclamando un espacio propio. Él mismo lo afirma, su tema posiblemente no sea lo suficientemente importante como para crear una nueva afección, pero sí que merece una "*description spéciale*"¹⁴⁸, descripción que, en el lapso de trece años,

¹⁴⁷ Ibid., 248.

¹⁴⁸ Charcot, "Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaires chronique forme primitive, etc.", 9.

pasa a convertirse en uno de los tres tipos de reumatismo articular crónico: el reumatismo articular crónico progresivo, la forma más grave, la más deplorable¹⁴⁹. Para pasar de la descripción al tipo, Charcot ha debido hacer algo que, posteriormente, se convertirá en una especie de seña de identidad. Charcot ha medido, ha contado, ha pesado, pero sobre todo, Charcot ha representado. No basta con realizar mediciones de la temperatura anal de las enfermas, es necesario exponerlo en una gráfica. No basta con *describir* las deformidades causadas por el reumatismo articular crónico progresivo, es necesario dibujarlo (Ilustración 12), fotografiarlo y, si es posible, crear un modelo, un vaciado en cera (Ilustración 13).

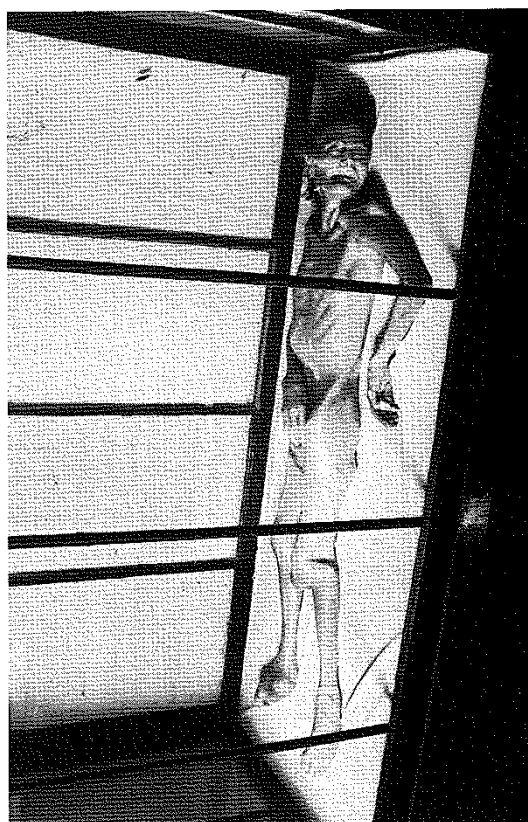
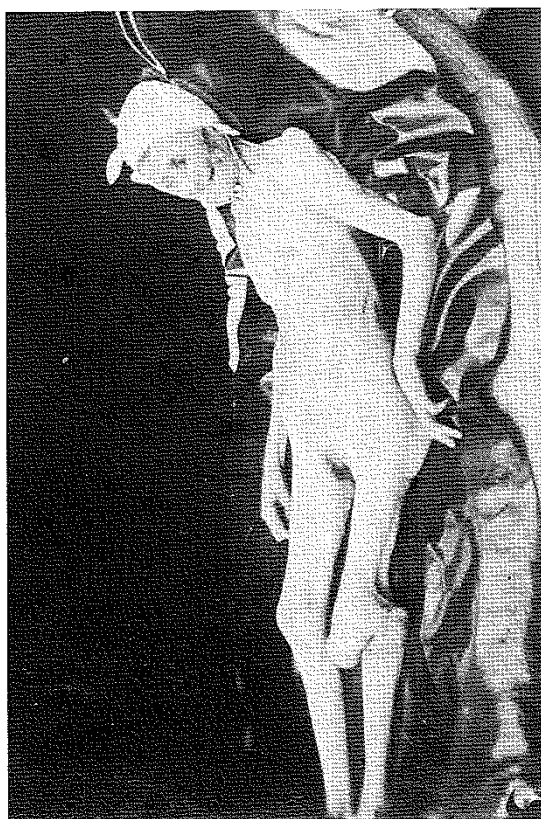


Ilustración 13: Fotografía extraída de un informe de Charcot (izq.) y vaciado en cera del mismo caso (der.). Prestar especial atención a la deformidad de la rodilla izquierda. Fuente: Didi-Huberman 2007.

La última de las prácticas que se ejercen en la Salpêtrière será, por tanto, una práctica museística, que lejos de ser independiente de la labor científica del centro, se convertirá en parte integrante y fundamental de la misma¹⁵⁰. Los enfermos,

¹⁴⁹ Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 142.

¹⁵⁰ Georges Didi-Huberman, *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. (Madrid: Cátedra, 2007; primera edición, 1982), 46.

convertidos en piezas de museo, han dado el paso final hacia la completa soledad. Apartado de los otros enfermos, solo en su cama o sentado en una silla, el enfermo se convierte en un objeto en el que podemos ver la enfermedad. No me invento nada, dice Charcot, sólo observo (fotografío). Y la observación es, una vez más, la única fuente posible de la ciencia.

En este apartado se ha pretendido resumir brevemente el estado del conocimiento médico sobre las enfermedades de los ancianos, crónicas e incurables, prestando especial atención a las prácticas que sobre los enfermos se ejercían, los espacios en que tales prácticas se desarrollaban y las representaciones que de ellos se tenían con la única intención de captar, en la medida de lo posible, su experiencia de la enfermedad. Para ello, hemos empezado hablando de las clasificaciones nosológicas existentes en el siglo XIX y hemos terminado mostrando los tratamientos de tipo paliativo que se desarrollaban en los centros en los que los enfermos se encontraban internos, especialmente en el hospital parisino de la Salpêtrière. Este resumen tenía por objeto intentar comprender el espacio de conocimiento que contenía a Juan José Calero, desde el momento en que fue recluido en la cama número doce del Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen. El objetivo que nos hemos marcado ha sido intentar esclarecer su muerte, saber, en otras palabras, si Juan José Calero se suicidó. Para ello, es necesario conocer el ambiente en que vivía y el tipo de actividades de las que era objeto, pero también de las que era sujeto. El presente apartado puede ser una ayuda, pero no es suficiente para lograr este objetivo. Es necesario bajar a tierra y pisar el mismo suelo que pisaba Calero. Para ello, en el siguiente apartado, intentaremos introducirnos en el hospital de la calle de Atocha, el mismo hospital donde ocurrió nuestra historia. Seguiremos, para ello, un camino similar al que ya hemos seguido en el caso de la Salpêtrière. Prestaremos especial atención a los espacios en que se desarrolla nuestra historia, y también a las prácticas que en dicho espacio se desarrollaban. Esperamos, de esta forma, poder entender qué fue lo que ocurrió aquella noche de mayo de 1890 en una de las salas destinadas a enfermos incurables del Hospital Nuestra Señora del Carmen, de Madrid.

3.- El Hospital de Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen

Como decíamos, nada sabemos de Calero. Su petición de ingreso en el hospital se ha perdido. No sabemos qué lo empujó a pedir su ingreso en dicha institución, no sabemos qué enfermedad sufría, no sabemos si tenía familia, dónde había nacido, quiénes fueron sus padrinos, dónde vivía, cuál era su trabajo. Todo eso se ha perdido. La vida de Juan José Calero ha desaparecido de la historia. Tan sólo nos queda su muerte. Una muerte luctuosa, morbosa. Y de la que, para qué negarlo, tampoco sabemos mucho. En este caso, son los intereses de los responsables del hospital los que nos ocultan a Juan José Calero, unos intereses que son fáciles de resumir: lo que les movía era conocer si se había producido alguna falta por parte del centro, si éste tenía alguna responsabilidad en la muerte del interno Calero. Para los que se preocupen por lo mismo que los administradores, adelantamos el final de esta parte de la historia:

[...] tengo el honor [...] y la satisfacción de participarle que de las diligencias resulta que los empleados de este hospital han cumplido con su deber, sin que pueda imputarse lo ocurrido a descuidos, negligencias ni falta de celo de los mismos [...]¹⁵¹

Este filtro colocado ante los acontecimientos nos impide avanzar de forma directa en busca de la respuesta que buscamos. Es por eso que, en lo que sigue, nos veremos forzados a seguir una dirección que podemos calificar de *oblicua*, en un intento de recopilar las pruebas circunstanciales que nos permitan responder a la pregunta planteada sobre el posible suicidio de Calero. El camino, pese a calificarlo de oblicuo, no se aleja demasiado de los elementos clave que siempre nos han enseñado forman una historia: sabemos qué pasó, a quién le pasó y sabemos cuándo pasó. Nos queda por saber dónde, cómo y por qué pasó. Dónde murió Juan José Calero. Cómo murió Juan José Calero y, sobre todo, por qué murió. Intentaremos, de esta forma, responder a la pregunta: ¿se suicidó Juan José Calero?

¹⁵¹ AHN, Legajo:1491/37, Comunicación de la Vicepresidenta de la Institución, la Marquesa de Miraflores, al Director General de la Beneficencia.

3.1.- La reforma de la Beneficencia

Calero murió en el Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen, sito en Madrid, más concretamente en la Calle de Atocha, esquina con Costanilla de los Desamparados. Fundado como tal en 1852, su historia se remonta mucho más atrás, exactamente hasta 1592, año en que la Congregación del Amor de Dios decidió fundar un asilo para niños desamparados. Sería sin embargo en 1852 cuando, a instancias del gobernador civil de la villa, los niños fueron trasladados a otra localización y se convirtió exclusivamente en un hospital para incurables. Como tal, siguió funcionando hasta 1949, cuando llegó a contar con doscientas noventa camas¹⁵². La fecha de 1852 es importante, porque en ese preciso momento se estaba produciendo un cambio profundo en la estructura de la asistencia hospitalaria en España de manos del gobierno liberal¹⁵³. La estructura de la Beneficencia en España se había caracterizado tradicionalmente por una fuerte presencia de instituciones religiosas que formaban lo que se daba en llamar beneficencia *particular*, mucho más extendida que la *pública* o del Reino¹⁵⁴. Estas redes desaparecieron a lo largo del siglo XIX debido a la elevada movilidad de la población que se trasladaba de sus lugares de origen a las grandes capitales donde se concentraba la industria, así como por las diversas desamortizaciones que, a lo largo del siglo, hicieron públicas las propiedades que habían sido las fuentes de

¹⁵² Álvarez-Sierra, *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, 61-62. La fuente de Álvarez-Sierra para estos datos es, de forma bastante evidente, Mesonero Romanos.

¹⁵³ Elena Maza Zorrilla, *Pobreza y asistencia social en España: siglos XVI al XX*. (Valladolid: Universidad de Valladolid, 1987), 180-86. También en la década de 1850 se reclama desde la prensa inglesa, en una campaña encabezada por Dickens y su periódico *Household Words*, la creación de un hospital para incurables, ante la ausencia de una institución que se hiciera cargo de estos enfermos. Hasta ese momento, los enfermos incurables pobres eran acogidos en las workhouses y en las Almhouses, o en algunas instituciones que tenían unas pocas plazas reservadas para ellos. El Royal Hospital for Incurables se fundaría en 1854, tan solo dos años más tarde que el Nuestra Señora del Carmen, véase Gordon Charles Cook, *Victorian Incurables: a History of the Royal Hospital for Neuro-Disability, Putney*. (Spennymoor, Durham: Memoir Club, 2004), 1-2. Para la situación en Francia véase Nicolas Reix y Gérard Bos, *Les médecins face aux mourants*. (Paris: Connaissances et Savoirs, 2004); Jason Szabo, *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*. (New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2010).

¹⁵⁴ Borja Carballo Barral, "La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915)", 2.

ingreso principales de instituciones de beneficencia vinculadas a la Iglesia, junto a la abolición, por parte del gobierno liberal, de los cuerpos intermedios¹⁵⁵. Se creó, con esta desaparición, un vacío asistencial que afectaba con más crudeza a las clases más desfavorecidas de la sociedad. Todo esto empezó a cambiar en época de la regencia de María Cristina y del reinado de Isabel II, cuando, según Hernández Iglesias, sucedió lo siguiente:

He aquí el servicio de la beneficencia completamente secularizado, y hecho una de las primeras funciones de la Administración pública. He aquí las bases de la reforma antes apuntada, y que viene elaborándose lentamente, consultando las creencias y las costumbres de los pueblos, y estudiando y buscando remedio a sus nuevas necesidades.¹⁵⁶

Este cambio tuvo su origen en un concepto de la Beneficencia entendida como “el conjunto de las instituciones públicas y privadas dedicadas al socorro de los pobres”¹⁵⁷, basado en la virtud cristiana de la *caridad*, entendida como el sentimiento o virtud privada que estaba detrás de la beneficencia, servicio administrativo¹⁵⁸. De esta forma la beneficencia, basada en la moral cristiana, se convertía en un deber social moral que debía afrontar el Estado:

La Beneficencia pública es un deber social moral, fundado en la equidad y encerrado en los reducidos límites de la posibilidad de cumplirlo y de no lastimar

¹⁵⁵ Pedro Carasa Soto, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. (Valladolid: Universidad de Valladolid - Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca, 1985), 45-46.

¹⁵⁶ Fermín Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, 2 vols., vol. 1. (Madrid: Establecimientos tipográficos de Manuel Minuesa, 1876), 86-87. Las palabras de Hernández Iglesias son, sin lugar a dudas, demasiado optimistas. Decir que la beneficencia en España estaba “completamente secularizada” es una exageración que sólo puede permitirse un entusiasta como era Fermín Hernández Iglesias. Véase también Carasa Soto, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, 54-55.

¹⁵⁷ Carballo Barral, “La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915),” 2.

¹⁵⁸ Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, 131. Esta definición fue ampliamente discutida y finalmente adoptada por los teóricos de la administración pública, véase Javier Franco Bilbao y Olga Macías, *Contextos y orígenes del Hospital San Antonio Abad de San Sebastián*. (Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2009), 33 y ss.

los derechos perfectos de los asociados.¹⁵⁹

Basada en estos planteamientos, la reforma de 1845 clasificó los establecimientos benéficos en provinciales y municipales¹⁶⁰, clasificación que se amplió, en la Ley General de Beneficencia y Sanidad de 1849, para incluir aquellas instituciones que eran competencia directa de la Administración General del Estado. De esta forma, la ley estableció tres grandes niveles de competencia asistencial: el general, el provincial y el municipal¹⁶¹, cada nivel con sus competencias particulares. Nuestro interés se centra en conocer quién, de entre estas tres administraciones, se hacía cargo de los Hospitales de Incurables.

Pero quiere la Ley que solo sean establecimientos generales los destinados exclusivamente a satisfacer necesidades permanentes o que reclaman atención especial. A esta clase pertenecen, dice, los establecimientos de locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrépitos.¹⁶²

Esta división se vio confirmada en el Real Reglamento del 14 de mayo de 1852, que daba un nuevo empuje a las reformas iniciadas con la ley de 1849¹⁶³. Una de las principales aportaciones de esta reforma fue la creación de una *Dirección General de Beneficencia*, dependiente del Ministerio de Gobernación (posteriormente Interior) y que se haría cargo de “[...] *lo perteneciente a hospitales, hospicios, casas de refugio, de perseverancia y de maternidad, establecimientos de dementes y sus análogos, montes de piedad, limosnas y socorro públicos, e indemnizaciones por*

¹⁵⁹ Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, 134. Como ya hemos indicado, este proceso de asunción cada vez mayor de la beneficencia por parte del Estado está intrínsecamente unido a los distintos procesos de desamortización de las propiedades de la Iglesia en 1798, 1836 y 1855. Ver Carballo Barral, "La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915)," 3. Se puede completar esta imagen de la Beneficencia y del trabajo de la Dirección General en el texto de Barona Vilar, que cuenta con una primera parte dedicada a estudiar las facetas sanitarias de dicha Dirección en el periodo 1855 – 1936, cf. Carmen Barona Vilar, *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. (Valencia: Universitat de València, 2006).

¹⁶⁰ Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, 90.

¹⁶¹ Ibid., 98.

¹⁶² Ibid., 134.

¹⁶³ Ibid., 97. Se puede encontrar una copia de dicha Ley y Reglamento en ibid., 1259-79. Acompañadas por el Real Decreto de 6 de Julio de 1853 (pp. 1279 – 1285).

desgracia o calamidades". Dicha Dirección General pervivió, bajo distintos nombres, hasta la creación del Ministerio de Sanidad en 1977¹⁶⁴.

El lugar en que murió Juan José Calero formaba parte, por tanto, de las dependencias gestionadas por la Administración General, junto a otras destinadas a satisfacer "*necesidades permanentes*", como el hospital para dementes *Santa Isabel*, sito en Leganés, el Hospital para Mujeres Incurables *Jesús Nazareno*, también en Madrid, o el *Hospital del Rey*, en Toledo, para decrépitos, hombres y mujeres. A lo largo del siglo XIX, estas serían las únicas instituciones de estas características sostenidas por la Administración General del Estado¹⁶⁵. La escasez de plazas en estas instituciones generaba una serie de problemas fáciles de imaginar: listas de espera interminables que, muchas veces, se encontraban con que el peticionario había muerto cuando le llegaba el turno de ingreso¹⁶⁶,

¹⁶⁴ Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, 741-42. Las reformas de la Beneficencia fueron acompañadas de profundos debates en la sociedad médica del momento. Baste señalar, a modo de ejemplo, los artículos anónimos aparecidos en la *Gaceta Médica* y en el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Anónimo(a), "Proyecto sanitario de beneficencia," *Gaceta Médica* II, no. 38 (1846); Anónimo(b), "Proyecto sanitario de beneficencia," *Gaceta Médica* II, no. 45 (1846); Anónimo, "Beneficencia pública. Artículo III," *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Tercera Serie, no. 150 (1848).), También el firmado por de la Torre en el mismo *Boletín* en 1852: Godofredo de la Torre, "Casa de Maternidad público-reservada," *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* II, no. 83 (1852). Se trataba de una reforma necesaria, querida y aplaudida por la profesión médica que, junto a consideraciones morales, veía también la necesaria expansión de plazas para facultativos que tal reforma iba a generar. Afirma Romero Maroto que en el siglo XIX se prefería la asistencia domiciliaria a la hospitalaria, "*por los males que allí se contraen, producto del contagio, por el efecto que causan en el enfermo las impresiones desagradables, el desorden, la falta de higiene [...]*", véase M. Romero Maroto, *El hospital del siglo XIX en la obra de Concepción Arenal*. (La Coruña: Editorial Diputación Provincial, 1988), 28. Todo esto es, sin lugar a dudas, cierto. Más adelante tendremos lugar de hablar de la imagen que del hospital tienen los españoles del siglo XIX. Pero también es cierto que la Ley de Beneficencia del 47 fue especialmente aplaudida desde la profesión médica por las reformas (necesarias) que se introducían en los hospitales. En el mismo texto, Romero Maroto (p. 28) señala que el hospital queda para "[...] *el mendigo, el transeúnte, el que no tiene familia [...]*". Son precisamente este tipo de personas las que terminan sus días en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen. Más adelante ofreceremos la definición de quiénes podían, o no, ser pacientes de dicho hospital.

¹⁶⁵ Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, 292.

¹⁶⁶ Ibid. De los 33 enfermos que pidieron su ingreso en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen en

instituciones de caridad privada que ocupaban el espacio de la Administración y, por último, el ingreso de muchos enfermos incurables o crónicos en hospitales para agudos, con la sobrecarga asistencial que esto supone, el hacinamiento de los enfermos y la sobrecarga financiera y sanitaria para unos hospitales que no estaban dotados ni preparados para hacer frente a este tipo de enfermedades¹⁶⁷. De Llanos consigna explícitamente como causa de tal sobrecarga, por un lado, el escaso número de plazas con que los Hospitales para Incurables, tanto para hombres como para mujeres, cuentan, y por otro, la misma naturaleza de las enfermedades allí admitidas: sólo aquellas que no “*ofrece[n] calentura*”¹⁶⁸. Todos estos problemas, y otros que irán apareciendo, serán tratados en el siguiente apartado.

3.2.- Sedes de la enfermedad

El apartado anterior nos ha servido para ver cómo un determinado significado de “enfermedad incurable” se construía, en este caso un significado que tiene más que ver con fuerzas macrosociales que con los individuos que padecen la enfermedad. No obstante, no podemos obviar lo que este significado implica para las posibilidades de “ser” de Juan José Calero, a saber: la inclusión en una trama

el año 1891, quince murieron antes de que se les notificara que podían ingresar en la institución, es decir, el 45% murió antes de poder ingresar (AHN, legajo 1984). Esta situación no es de extrañar, porque en algunos casos la plaza que había sido asignada al enfermo tardó casi tres años en quedar libre. Más abajo se describe el sistema de admisión en la institución.

¹⁶⁷ En un informe estadístico sobre el Hospital General de Madrid en el año 1853 se llega a afirmar que dos terceras partes de los enfermos tratados en el hospital eran crónicos o incurables, véase J. M. de Llanos, “Apuntes estadísticos sobre el Hospital General de Madrid, recogidos por D. J.M. de Llanos,” *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Época. III, no. 114 (1853): 76, col. b. Esta situación no mejoraría con el paso del tiempo. En un artículo publicado el 16 de Agosto de 1918 en la revista *Nuevo Mundo* sobre el Hospital Provincial de Madrid (antiguo Hospital General), el director administrativo del mismo llega a afirmar que los enfermos incurables y ancianos ocupaban el sesenta por ciento de las plazas del hospital, cfr. Jose María Carretero, “En el mundo del dolor. Una visita al Hospital Central.” *Nuevo Mundo*, 16/08/1918. El artículo viene firmado por El Caballero Audaz, seudónimo del conocido escritor y editor Jose María Carretero, hemos decidido citarlo en la bibliografía con el nombre real del autor.

¹⁶⁸ de Llanos, “Apuntes estadísticos sobre el Hospital General de Madrid, recogidos por D. J.M. de Llanos,” 76, col. a, n. 1. Cfr. supra, p. 39.

político-burocrática que forma parte de la experiencia de ser un “enfermo incurable”, de la misma forma que pueden serlo el dolor, la inmovilidad forzada o pasar el resto de su vida en posición decúbito. Esta trama va dirigida a distinguir entre aquellos que pueden ser o no objeto de prestaciones sanitarias por parte de la administración, ya sea total o parcialmente, de acuerdo se adecuen a la definición de “incurabilidad” que manejan. Pero, al mismo tiempo, se sitúa al enfermo calificado de incurable en un lugar concreto de la sociedad: apartado de ella, en un hospital reservado para los de su clase. Esta separación forzosa define la manera en que el sujeto enfermo puede definirse con relación a la sociedad a la que, hasta el momento de su ingreso, pertenecía. Y esta relación sólo puede ser de extrañamiento. Ya no forma parte de ella, ya no se define en relación a ella. Ha sido apartado y sus posibilidades, ahora, se encuentran restringidas al interior del hospital.

En el presente apartado profundizaremos un poco más allá. Como indicamos en la introducción, es imposible aferrar la experiencia personal de Calero, por eso deberemos utilizar vías alternativas, y esta es una de ellas. Las grandes implicaciones que hemos delineado más arriba tienen para el enfermo incurable unas consecuencias importantes, pero lejanas. Debemos acercarnos más aún a nuestro paciente. Es necesario, si realmente queremos conocer las motivaciones de Calero, conocer el ambiente en que este pasó sus últimos días (tal vez meses, tal vez años) de vida. Para ello, en primer lugar, prestaremos atención a los Reglamentos de los Hospitales de Incurables, buscando atrapar el día a día de los enfermos en la institución, sus normas de funcionamiento, los procesos de inclusión... ese mundo de papeles y reglamentos que forman la matriz de todo concepto¹⁶⁹. En segundo lugar, estudiaremos los expedientes de los enfermos acogidos en el Hospital Nuestra Señora del Carmen del año 1891, año próximo al de la muerte de Juan José Calero y que cuenta con un número de expedientes de ingreso bastante elevado (33). De esta forma, trataremos de determinar quién era considerado como “enfermo incurable” a finales del siglo XIX y qué criterios debía cumplir para formar parte de dicha categoría. El hecho de limitarnos a las

¹⁶⁹ Ian Hacking, *The Social Construction of What?* (Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press, 1999).

instituciones de incurables, pese a saber de la existencia de otras en que también es posible encontrar enfermos crónicos o incurables, se debe, por una parte, a que nuestro interés principal es conocer el ambiente en que murió Calero, y, por otra parte, a que la particular forma de ingreso de estos hospitales, mediante una petición, nos abre la puerta a conocer cuáles eran los síntomas más señalados por parte de los enfermos, en un intento de hacernos una idea de los principales sufrimientos de los internos, sufrimientos que, posiblemente, eran compartidos por Calero. Por otra parte, si bien el criterio de ingreso era restrictivo, como indicó de Llanos, sí es cierto que se explicita en la documentación cuándo un enfermo no es aceptado en el hospital por padecer una enfermedad incurable “con calentura”, y cuándo no lo es porque su enfermedad *no* es incurable. De esta forma, en principio, el hospital de incurables será un sitio en el que *todos* sus residentes serán *enfermos incurables*, si bien no todo tipo de enfermedad incurable esté representada en la muestra. Este es otro motivo por el cual restringimos la pesquisa sobre las enfermedades incurables al entorno institucional, cerrado y controlado, del Nuestra Señora del Carmen. La lectura de estos expedientes nos permitirá, por otra parte, conocer otros datos de interés sobre los enfermos que poblaban sus salas: su edad, su constitución física, sus capacidades, sus limitaciones, etc. En tercer y último lugar, buscaremos qué remedios eran aplicados a los enfermos y hasta qué punto eran adecuados para tratar las dolencias que sufrían.

Las salas llenas

No sabemos cuántos enfermos había en el hospital en el año 1890. Sin embargo, es posible realizar una estimación merced a un documento del año 1886 en el que se consigna que, a finales de noviembre de dicho año, el total de enfermos en la institución era de 252. Durante el mes de diciembre del mismo año, el total había descendido hasta 237¹⁷⁰. Es posible, por tanto, acordar que estamos hablando de entre 230 y 260 internos. Pero, ¿cómo eran esos enfermos? ¿Qué enfermedades sufrían? ¿Cuáles eran sus condiciones de vida? ¿Eran jóvenes? ¿O tal vez ancianos

¹⁷⁰ AHN, leg. 214/44. Este número es consistente con el Reglamento del Hospital, que imponía un máximo de 250 enfermos, cfr. Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo IV, Art. 11.

achacosos sin posibilidad de sustento? ¿Qué comían? ¿Y cuántas veces lo hacían? De nuevo, la documentación guarda silencio. El especial método de ingreso en la institución dificulta la tarea de cuantificar los internos y llevar un cómputo de enfermedades. No tenemos las historias clínicas, que, es de suponer, debían existir. Ni partidas de defunción. Los expedientes que han llegado hasta nuestros días se componen, casi exclusivamente, de las peticiones de ingreso como internos, ya sea en calidad de pobre, medio pensionista o pensionista. Acudiremos, para conocer la realidad cotidiana de los internos, a dos fuentes principales: los reglamentos internos y las peticiones de ingreso. El primero nos ayudara a conformar el día a día de la institución. El segundo aportará, entre otras cosas, detalles sobre quiénes podían ingresar, qué tipos de dolencias sufrían, qué tipo de personas eran, etc.

Los Reglamentos

El Reglamento para la gestión de los hospitales de incurables dependientes de la Subdirección de Beneficencia vigente en el año 1890 fue publicado en la Gaceta de Madrid el 5 de febrero de 1885, y englobaba a tres hospitales de este tipo: el Hospital del Rey de Toledo, para decrepitos, inválidos y ciegos; el Hospital de Jesús Nazareno, para enfermas crónicas incurables; el Hospital de Nuestra Señora del Carmen, para enfermos crónicos incurables. Este último, a su vez, tenía agregado, a efectos administrativos y de equipamiento, la sección de jóvenes ciegos del Colegio de Santa Catalina de los Donados¹⁷¹. Era la primera vez que un solo Reglamento englobaba a estos tres hospitales, ya que, hasta ese momento, cada uno de ellos había gozado de sus propios estatutos. De forma general, en el Reglamento de 1885 se especificaba el tipo de enfermos que podían ingresar en estos hospitales: 1º. Enfermos crónicos infebriles que requieran cuidados continuos; 2º. Impedidos por enfermedad crónica o vicio orgánico congénito o adquirido¹⁷². En un artículo posterior del Reglamento, se marcan otro tipo de condiciones para el ingreso, delineando, de esta forma, aun más el perfil de nuestros enfermos. Estas condiciones son: 1. Que los ancianos sean mayores de 65 años y no dispongan de medio de subsistencia, ni familia que pueda sostenerlos; 2. Que los impedidos sean

¹⁷¹ Gaceta de Madrid, nº. 36, 5 de febrero 1885, p. 361, Capítulo I, Art. 1.

¹⁷² Ibidem. Vemos que la condición de no tener fiebre, que ya menciona de Llanos en 1853, se mantiene en el presente Reglamento.

mayores de 50 años y cumplan idénticos requisitos de “pobreza y abandono”¹⁷³. En el Artículo 18 del mismo capítulo, se especifican todavía más condiciones de acceso:

No podrán ser admitidos en estos hospitales: 1.º Los que tengan hijos solteros mayores de edad o menores que no acrediten debidamente que los tienen abandonados sin causa justificada; 2.º Los que padezcan enfermedades contagiosas; 3.º Los enajenados, los idiotas, imbéciles, epilépticos y tuberculosos; los que padezcan úlceras con supuraciones incoescibles [sic.], los cánceres externos y aquellos que para su curación necesiten una operación quirúrgica.¹⁷⁴



Ilustración 14: Portada del Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen. Madrid, 1892. AHN.

Poco a poco podemos empezar a hacernos una imagen clara de nuestros enfermos, tanto médica como social. Dejaremos la primera de lado, por el momento, y nos centraremos en la segunda¹⁷⁵. Como se ve, nos encontramos con una población de edad avanzada, impedida por sus enfermedades a valerse por sí misma y sin

¹⁷³ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo IV, Art. 12.

¹⁷⁴ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo IV, Art. 18.

¹⁷⁵ Aquella será tratada en el punto *Enfermedades y remedios*.

ningún apoyo familiar, ya sea económico o moral. Son, en el sentido más literal de la palabra, ancianos solitarios y sin esperanzas, que han quedado fuera de cualquier tipo de relación social (laboral, familiar) y cuya única posibilidad para vivir lo que les quedase de vida era ingresar en alguna de estas instituciones.



Ilustración 15: Fotografía del inmueble situado en la Calle de Atocha, nº 87, antigua sede del Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen. En primer plano, Iglesia del Santísimo Cristo de la Fe.

Procedamos a situar a nuestros enfermos en su sitio. El Hospital de Nuestra Señora del Carmen ocupaba un edificio bastante grande, situado en la calle de Atocha, esquina con Costanilla de los Desamparados. Construcción renacentista, de finales del reinado de Felipe II, fue el lugar donde Juan Cuesta, impresor del Quijote, tuvo sus imprentas. Su fachada de 190 pies castellanos (52,44 mts.) se abría (y se abre) a la Calle de Atocha, contando con una puerta frontal, descentrada a la izquierda del edificio, y amplios ventanales, enrejados en la planta baja y con pequeños balcones en la superior (Ilustración 14). Adosada al edificio, encontramos la Iglesia del Santísimo Cristo de la Fe, utilizada como capilla para los internos (Ilustración 15). En la trasera, un patio de grandes dimensiones, con jardín y arbolado, se

empleaba para solaz de los enfermos¹⁷⁶. En su interior, cocinas, almacenes, oficinas, una despensa, un comedor para los internos y otro para los trabajadores, estancias para el recreo, habitaciones para las Hijas de la Caridad que cuidaban de los acogidos y del funcionamiento diario del Hospital, habitaciones para el Administrador, el Comisario Interventor, dependientes con derecho a alojamiento (practicantes, enfermeros, mozos), la enfermería y, por fin, las habitaciones de los 250 enfermos¹⁷⁷. Pese al considerable tamaño del edificio, no podemos menos que preguntarnos cómo podía caber tanta estancia y tanta gente en su interior¹⁷⁸. El edificio debía estar abarrotado. Ayudaba a ello la escasa distancia que, por ley, debía existir entre una y otra cama del enfermo: 75 centímetros. Entre cama y cama, una mesilla en la que depositar recipientes y vasijas¹⁷⁹. La intimidad de los enfermos, intuimos, era un concepto inexistente. Y pese a todo, no debía ser un lugar tan terrible para vivir, a tenor de algunos testimonios:

Llama la atención el Establecimiento por la limpieza, aseo y orden que en él reina: las distintas salas, bien ventiladas, con un determinado número de asilados, en cada una, y teniendo cada enfermo ó decrepito un buen lecho, ropas de cama limpias, y con el abrigo necesario, y todo aquel mobiliario indispensable, atendida la edad y achaques, recorriendo aquellas salas, se vé con frecuencia á algunos en cómodos sillones, á otros en canapés apropósito [sic], y todos perfectamente asistidos y cuidados por el personal que, con celo y cariño, les prodiga toda clase de atenciones haciéndoles sobrellevar mejor los días de la vejez.¹⁸⁰

El panorama descrito por Domingo Mambrilla es idílico. Podemos casi imaginar a los ancianos recostados en sus canapés, disfrutando del calor del sol madrileño que entra por los amplios ventanales del edificio, mientras una Hija de la Caridad atiende hasta la última de sus necesidades, en una estancia limpia, perfumada... sin

¹⁷⁶ Clemente Domingo Mambrilla, "La Beneficencia Pública," *Revista de España* CXLVIII(1894): 432.

¹⁷⁷ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo V, Art. 21

¹⁷⁸ Entre enfermos y personal podía haber, fácilmente, unas 300 personas en el Hospital. Pensemos que Hijas de la Caridad, por ejemplo, eran ya 22, cfr. Domingo Mambrilla, "La Beneficencia Pública," 431.

¹⁷⁹ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo V, Art. 23

¹⁸⁰ Domingo Mambrilla, "La Beneficencia Pública," 431-32.

embargo, su juicio contrasta profundamente con el de otro testigo de la época, tal vez menos autocomplaciente:

No siendo ahora nuestro objeto en este capítulo de describir los hospitales como establecimientos de beneficencia, sino bajo el punto de vista de la policía sanitaria, nos limitamos á hacer constar que estos dos últimos [el Jesús Nazareno y el Nuestra Señora del Carmen] carecen completamente de las condiciones higiénicas exigidas para un establecimiento de esta índole [...] El de Nuestra Señora del Carmen, aunque se halla provisto de un patio grande con jardín y arbolado, la aglomeración de un número crecido de asilados enfermos en un recinto relativamente pequeño, constituye un foco de insalubridad dentro de una calle tan populosa como es la de Atocha.¹⁸¹

Poco tiene que ver el “foco de insalubridad” de Hauser con esa especie de balneario descrito por Domingo Mambrilla. ¿Qué imagen debemos guardar en nuestra retina? Posiblemente la verdad se encuentre en un punto medio. No nos resultará difícil, dado el número de personas recluidas en un espacio “relativamente pequeño”, desterrar de nuestra mente esa imagen de enfermos en canapés tomando el sol. Pero tampoco debemos pensar que los enfermos estaban abandonados a sí mismos, lejos de toda atención sanitaria e higiénica. Es cierto que los medios y el espacio eran escasos, pero también es cierto que la buena voluntad que debemos suponer a los cuidadores los empujaría a intentar hacer la estancia lo más agradable posible, dentro de sus posibilidades. No obstante, esta buena intención también era puesta en entredicho, y las críticas al trato recibido por los enfermos también eran bastante comunes. Concepción Arenal, en uno de los numerosos artículos que escribió contra el proyectado traslado de los establecimientos de beneficencia desde el centro de Madrid al edificio que se debía construir en la Dehesa de Amanuel, argumentaba lo siguiente:

Además, estas persona que van á consolar á los pobres, son el *público* para los empleados, y aunque por desgracia no sea muy eficaz su presencia para corregir abusos, aunque no sea muy fuerte el freno de su crítica para contener desmanes, quien conozca el corazón humano y los establecimientos de Beneficencia, ¿puede

¹⁸¹ Philip Hauser, *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, 2 vols. (Madrid: Editora Nacional, 1979; primera edición, 1903). Sobre el mal estado del hospital, ver *El Imparcial*, 09/05/1893, p. 3.

dudar de que si las cosas no van hoy bien, irán peor cuando estén aislados, cuando nadie vea ni sepa lo que en ellos pasa?¹⁸²

Lo cierto es que el régimen de encierro facilitaba ese abuso. A los enfermos se les alimentaba, se les proporcionaba ropas limpias y adecuadas, tanto para diario como para los días festivos, un pañuelo que se le cambiaba todas las semanas... y sin embargo, los internos debían, por fuerza, echar de menos productos del exterior. Las comidas eran monótonas, y muchas veces se repetirían las sopas con pan en el desayuno, la comida y la cena¹⁸³. La bebida, el tabaco, los juegos de naipes... todo eso estaba prohibido y castigado¹⁸⁴. No nos puede extrañar que el tráfico desde el exterior fuera materia común, como es el caso de Juan José Calero y su botella de láudano, pero también, posiblemente, de productos más inocentes como unos pastelillos o, tal vez, algo de fiambre o una botella de licor. Hasta qué punto este tráfico se realizaba con la complicidad comprada del personal del hospital, especialmente el portero, es algo que sólo podemos conjeturar¹⁸⁵. Las posibilidades para el abuso en un sitio como el Hospital de Nuestra Señora del Carmen son numerosas. No nos puede extrañar, por tanto, que tales prácticas pudieran darse. Por otra parte, la prohibición explícita de los castigos físicos en el reglamento nos empuja a pensar que estos eran frecuentes¹⁸⁶.

Nos gustaría tratar un punto más, antes de pasar al análisis de las peticiones de ingreso. Se trata de los permisos para estancias temporales y el régimen de visitas

¹⁸² Concepción Arenal, "¡Pobres pobres!," *La Iberia*, 28/11/1868, 1.

¹⁸³ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo VIII, Art. 36. Tampoco debemos dar demasiada importancia a este punto, la dieta del español pobre no era, desde luego, variada, cfr., para un periodo posterior pero sin lugar a dudas similar, Maria Isabel del Cura y Rafael Huertas, *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937 - 1947*. (Madrid: CSIC, 2007). También pueden ser ilustrativas novelas de la época, ya sean las de Galdós o las de Baroja, donde vemos que el madrileño pobre, aparte de comer cuando podía, comía lo que tenía a mano.

¹⁸⁴ Ver, por ejemplo, el legajo n.º 2022/37 del AHN, en el que se describen las medidas tomadas contra unos enfermos que fueron sorprendidos mientras jugaban a las cartas. La Junta de Patronos recomendaba la expulsión de dichos internos, al tratarse de reincidentes.

¹⁸⁵ Entre las funciones del portero estaba la de evitar que se introdujeran productos desde el exterior, el poder que tal tarea le otorgaba no puede ser despreciado, cfr. Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo XVIII, Art. 80.

¹⁸⁶ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo XXIV, Art. 94.

y salidas de los enfermos. En lo que respecta a las primeras, el Reglamento del centro las limita de forma expresa a aquellas que estuvieran motivadas por causas de salud, sólo se concederían aquellas que contasen con la recomendación del facultativo, y la única finalidad de las mismas sería que el enfermo acudiese a recibir baños de aguas minero-medicinales en un balneario¹⁸⁷. Estas estancias, que no podían ser superiores a tres meses, eran improrrogables. Hay un dato, sin embargo, que nos parece importante señalar: muchos de los que salían, nunca volvían al hospital. Y no siempre era la muerte, ni una mejoría de su enfermedad, la causa de su ausencia:

Cumplido el término de la licencia sin que se presente el albergado, será dado de baja en el establecimiento y cubierta su plaza.¹⁸⁸

Otro punto de interés son las visitas y salidas de los internos. Nada nos dicen los estatutos de las visitas, pero sí de las salidas. Según los estatutos, la Junta debía permitir a los enfermos la salida en los días festivos, en horas determinadas. Esta salida, sin embargo, estaría siempre controlada por encargados designados por el Administrador y, en el caso de las mujeres, por Hijas de la Caridad¹⁸⁹. En cuanto a las visitas, poco o nada podemos extraer de los Reglamentos. La única referencia la encontramos en una carta escrita al periódico *La Iberia*, en el año 1868:

Un individuo del hospital de hombres incurables de Nuestra Señora del Carmen nos dirige una carta [...] En la espresada carta se consigna el deseo de que se permita la entrada todos los domingos por la mañana y tarde en el establecimiento, pues es muy triste para aquellos desgraciados tener que pasar quince dias sin ver á su familia, y por consiguiente, sin recibir los consuelos que tanto necesitan.¹⁹⁰

Podemos, por tanto, completar una imagen de nuestros enfermos en la institución como prácticamente aislados del mundo exterior, protegidos, en cierto sentido, de

¹⁸⁷ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo XXII, Art. 89. La documentación de archivo confirma este punto, cfr., por ejemplo, el legajo 1402/28 – 42. Uno de los lugares más demandados para tomar baños era el Balneario de Trillo, en la provincia de Guadalajara.

¹⁸⁸ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo XXII, Art. 91.

¹⁸⁹ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo IX, Art. 46.

¹⁹⁰ *La Iberia*, 6 de diciembre de 1868, p. 2.

él. Las salidas están controladas por supervisores del hospital. Las visitas son escasas, cada quince días, no pueden introducir nada desde el exterior y, además, esas visitas debían ser autorizadas expresamente por el Administrador del Hospital o el Visitador de Beneficencia¹⁹¹. Por otra parte, podemos constatar que los enfermos no aceptaban pasivamente esta situación. La carta a *La Iberia* es una evidente prueba de resistencia, si bien débil, a la autoridad del hospital. Aún más las fugas que el artículo 91 parece suponer. El panorama que hemos deducido es bastante diferente al expuesto por Domingo Mambrilla. Si se quiere, algo más siniestro. Nos encontramos con una historia de pequeñas resistencias ante una situación que no es, ni mucho menos, idílica. Dichas resistencias pasan desde introducir a escondidas comida desde el exterior o hacer público el malestar de los enfermos con el régimen de visitas hasta la huida del Hospital aprovechando un permiso para tomar baños termales. Este último punto se muestra en su completa radicalidad si atendemos al proceso que era necesario para ingresar en la institución. Precisamente eso es lo que vamos a hacer en el siguiente punto.

Peticiones de Ingreso

El método de ingreso era complicado. Según indican los estatutos, el enfermo elevaba una solicitud de ingreso al Subdirector General de Beneficencia¹⁹². Esta solicitud tenía la forma de un “expone y solicita”. En la primera parte, el solicitante exponía cuál era su situación, la enfermedad incurable que sufría (la mayoría de las veces lo que se relataban eran los síntomas, aunque encontramos algunas solicitudes en las que se nombra específicamente la enfermedad y se califica como incurable, acompañadas, normalmente, de un informe médico previo), y que a causa de dicha enfermedad se encontraba incapacitado para trabajar. En la segunda parte del documento, el enfermo solicita su ingreso en el hospital en una de las categorías señaladas en el Reglamento¹⁹³. Esta petición solía ir apoyada por

¹⁹¹ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo XVIII, Art. 79.

¹⁹² Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo IV, Art. 15.

¹⁹³ “[...] podrán admitirse pensionistas y medio pensionistas [...] pero en ningún caso excederá el número de los primeros del 10 por 100 de la población acogida ó igual proporción para los segundos [...] En ningún caso se concederán simultáneamente turnos de ingresos de pensión, media pensión y pobre, sino sólo de una de estas tres clases.” Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo IV, Art. 13 y Art. 14.

otros informes que daban fe de la veracidad de lo expuesto, ya sea por parte del alcalde de barrio, del cura párroco, de un médico, etc. Adjunta, la partida de bautismo y, a veces, un certificado de buena conducta, una carta de presentación, etc. Algunos adjuntaban incluso el documento que les acreditaba como reservistas del ejército¹⁹⁴. Toda esta documentación era enviada desde la Subdirección General de Beneficencia a la Junta de Patronos del Hospital, para que se incoara el expediente. Se suceden, a partir de este momento, las averiguaciones. En primer lugar toma la palabra el facultativo, que debe diagnosticar la enfermedad del solicitante y ver si se ajusta al reglamento, en cuyo caso recomienda su admisión. Este informe médico se complementa con otro en que se da fe de las buenas costumbres del mismo, así como de la veracidad de su estado de pobreza¹⁹⁵. Ambos son entregados de nuevo a la Junta que, tras su estudio, procede a admitir o a rechazar la petición. En caso de aceptarse, se le adjudica un número de turno y se eleva todo el expediente, nuevamente, a la Subdirección General, que da el visto bueno y lo comunica a la Junta de Patronos y al interesado. El proceso solía extenderse durante unos cuatro meses. Pero su finalización no significaba el ingreso automático del enfermo. Este debía esperar a que llegase su turno, a que hubiera plaza. En el caso de Ruperto Gutiérrez Muñoz, por ejemplo, que tenía el número de turno 39 del año 1887, debía esperar que treinta y nueve de los internos que ocupaban el hospital fueran dados de alta para poder ingresar, sin contar a los pacientes de años anteriores que no hubieran obtenido su plaza anteriormente¹⁹⁶. Y en los hospitales de incurables, la forma más común de obtener el alta era muriendo. Algo que a la gente no suele gustarle hacer. No es de extrañar, por tanto, que el proceso se dilatase en el tiempo. En un estudio realizado

¹⁹⁴ Según el Reglamento (Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo IV, Art. 15), la solicitud debía ir acompañada de la partida de bautismo, certificación de pobreza expedida por el alcalde y un informe facultativo acreditando el estado del enfermo. Como veremos en breve, este último documento no siempre se incluía, siendo sustituido por un informe del facultativo del Hospital.

¹⁹⁵ Sobre el informe médico, Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 363, Capítulo XIV, Art. 61; el informe sobre la moralidad del individuo era una obligación de la Junta de Patronos, máxima responsable del funcionamiento del Hospital, tal y como se indica en la Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 361, Capítulo III, Art. 3.

¹⁹⁶ AHN, leg. 1487/11.

sobre las 33 peticiones de ingreso contenidas en el legajo 1984 del AHN correspondientes al año 1891, hemos podido comprobar que el 45% de los solicitantes admitidos murieron antes de obtener una plaza. Tres de los solicitantes debieron solicitar plaza como medio pensionistas (pagando una peseta diaria) tras haber obtenido plaza como pobre para poder ingresar en el hospital, y la media de tiempo que se tardaba entre la petición de ingreso y el ingreso definitivo como pobre era de 586 días... más de un año y medio¹⁹⁷.

Deberíamos detenernos un segundo en estos datos, pues nos dan una nueva pista para entender qué significaba en los últimos años del siglo XIX ser diagnosticado como enfermo incurable y no tener cómo mantenerse. Imaginemos, por un momento, a nuestro enfermo. Posiblemente sufra dolor. O tal vez no pueda moverse por sí mismo. Tal vez esté acogido en casa de algún familiar, o de unos paisanos del pueblo. Viviendo de prestado, puesto que no puede valerse por sí mismo, no tiene trabajo. Comparte la comida con toda una familia, tal vez con hijos, y la comida es cara y no hay dinero para todos. Así que él, o la familia que lo acoge, decide pedir su ingreso en el Hospital de Incurables. Un lugar al que la gente va a morir. Pero no hay otra salida. Y entonces se inicia todo ese proceso. Un proceso largo, en el que hay que pedir documentos, favores, pagar a un escribano que redacte la petición, llevar los papeles a la administración, y esperar. Esperar a que el médico te examine. A que un miembro de la Junta (una marquesa, tal vez) compruebe si eres una persona decente. Esperar a que te comuniquen el veredicto y, si es favorable, nuevamente esperar, esperar a que otros mueran para poder ocupar su sitio, en un lugar del que sólo se sale una vez muerto. Esperar con los dolores, con la miseria, confinado en una habitación con dos, tres, cuatro personas más. Esperar con el hambre. Porque no queda más cosa que esperar. ¿Es posible imaginar cómo se sentiría este enfermo? ¿Podemos siquiera suponer qué pasaba

¹⁹⁷ La media de tiempo para ingresar como medio pensionista era tan sólo de 47 días. No se ha incluido en este cálculo aquellos enfermos que, admitidos como pobres, debieron pedir su ingreso como medio pensionistas, pues entendemos que resulta más interesante seguir el proceso de ingresos de estos desde el principio, y cuantificar el tiempo transcurrido desde su primera petición hasta el ingreso mismo. Obviamente, la media entre estos enfermos es menor, quedando *tan sólo* en 349 días.

por su cabeza mientras esperaba a que llegase la orden de ingreso, en feroz carrera con la muerte? Pero no sabemos nada. Los documentos callan.

Volvamos de nuevo a ellos para completar la imagen de este enfermo imaginado. ¿Qué edad tendría, nos preguntábamos? ¿Sería joven? ¿Viejo? El dato que se desprende de las peticiones del año 1891 es contundente: la media de edad de los peticionarios era de 67 años. El más viejo tenía 84. El más joven, 52. Ninguno de los dos llegó a ingresar. Murieron en la espera. Esta media de edad explica también muchas de las enfermedades que tenían, que solían venir acompañadas, la más de las veces, por una expresión que, por repetida, ya adquiere naturaleza de fórmula: “... y otros achaques propios de la avanzada edad”¹⁹⁸.

El ingreso en otra vida

Tal vez pueda parecer excesiva nuestra caracterización de los enfermos como apartados de la sociedad, como ajenos a la misma. Se nos puede decir que no existe ningún documento que pruebe la voluntad de mantenerlos apartados, de separarlos de una sociedad para la que ya no son útiles, de la que ya no pueden formar parte. Y es cierto. En lo que antecede, no hemos encontrado ninguna voz que defienda la necesidad de marginar a los enfermos. Incluso, se nos dirá, se les permite salir del recinto, se les permite recibir visitas. No son muertos en vida, segregados, sin contacto con el exterior. No es posible negar tal punto. Y sin embargo, no sólo las palabras pueden proporcionar datos al historiador, también las acciones de los sujetos de la historia. Y las acciones que hemos descrito tienen una finalidad clara: mantener alejado, tanto como sea posible, al enfermo incurable, al decrepito, de la sociedad que lo rodea. ¿Por qué motivos? Podríamos imaginar algunos, pero los documentos que hemos consultado no los explicitan. Dejemos, por tanto, sin responder la pregunta. Sin embargo, sí debemos insistir en que la interpretación de las acciones descritas tienen una finalidad evidente: apartar al enfermo del mundo.

¹⁹⁸ Si recordamos, este dato es también coherente con las normas de ingreso marcadas por el artículo 12 del reglamento.

Luego que el Padre Rector y el Médico ó cirujano avisaren á la Madre Presidenta que la Impedida es de recibo, el Mayordomo ó Demandadero avisará á los Mozos para que traigan en la camilla á la Enferma; y antes de entrar en la Enfermería el Mayordomo esribirá en el libro que tendrá para este efecto su nombre y sobrenombre, patria, dia y año, y si es viuda ó doncella anciana [...] Practicadas estas diligencias, se dará recado en el torno para que baxen la Madre Presidenta y Hermanas Enfermeras puestos sus velos; abrirán la puerta de la Enfermería, y recibirán á la Pobre con todo agrado y caridad: luego la quitarán su ropa, y la pondrán otra limpia, y la colocarán en la cama que tendrán ya preparada con todo aseo y limpieza.¹⁹⁹

La ceremonia aquí descrita nos sorprende por la similitud que tiene con un rito fúnebre. Las enfermeras veladas, que desnudan y limpian a la enferma y le dan ropas nuevas, símbolo de que deja atrás lo que era, de que entra en una nueva vida. El depositarla en la cama, como el que coloca al muerto en el sepulcro. No podemos dudar, porque ellos tampoco dudan:

Es también obligación del Padre Rector pasar á la casa de la Pobre Impedida que solicita entrar en este santo Hospital, y prevenirla que se prepare antes con una confesión general, que disponga sus cosas, y despida de sus conocidos, pues debe persuadirse que va á entrar en la sepultura; porque allí no podrá ser visitada, segun lo prescribe esta santa Regla [...] ²⁰⁰

Sí, tal vez en 1803 era mucho más evidente esta necesidad de aislar al enfermo, de apartarlo del mundo, esa sensación de que “va a entrar en la sepultura”. Entre estos textos y el nuevo Reglamento han pasado 82 años, y la Beneficencia se ha secularizado, no “totalmente” como decía Hernández Iglesias, pero sí en gran medida. Tal vez no existan estas ceremonias, y, evidentemente, el total aislamiento del interno ha dejado lugar a una disciplina mucho más relajada, mucho más flexible. Pero la voluntad de aislamiento está ahí, todavía presente, en 1885. Y el enfermo incurable que entra en el hospital, si bien no entra en la sepultura, sí que entra en un espacio aparte. En un espacio cerrado del que sólo saldrá con la muerte.

¹⁹⁹ Justo de Madrid, *Reglamentos y constituciones de la Casa Hospital de Jesús Nazareno para las pobres impedidas é incurables...* (Madrid: Imprenta Real, 1803), 31.

²⁰⁰ Ibid., 21.

La motivación religiosa de este encierro, evidente en 1803, no puede ser menospreciada en 1885 o, para el caso, en 1890. La enfermedad, sobre todo cuando es incurable, es vista como la oportunidad para el arrepentimiento, para la confesión, para ganarse la vida eterna²⁰¹. Cuando el sacerdote visita al enfermo su principal objetivo es claro: “inducirles á que se confiesen cuanto antes”²⁰². En el Hospital de Incurables, donde se cuenta con la presencia permanente del capellán, la presión por ganarse la otra vida es constante²⁰³:

Además del cumplimiento y los deberes de su ministerio en la capilla, está obligado á mantener ó despertar los sentimientos de caridad, gratitud y abnegación en el ánimo de los acogidos, valiéndose para ello, con frecuencia, de exhortaciones y pláticas morales.²⁰⁴

La enfermedad crónica es especialmente peligrosa para el enfermo, en primer lugar, porque va minando su alma lentamente “volviéndolo sombrío y egoísta”²⁰⁵, y en segundo lugar, porque el enfermo puede morir en cualquier momento, sin haber conseguido el sacerdote su arrepentimiento y, por tanto, su salvación²⁰⁶. La muerte del cristiano debe ser una muerte libre de pecado por el sacramento de la confesión, una muerte que le abra las puertas del paraíso, y, por tanto, una muerte feliz:

²⁰¹ “Pues no hay un momento en que el alma esté más en peligro, ni más expuesta á violentos ataques y á vivas tentaciones”, en L. Grenet, *Arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular*. (Barcelona: Gustavo Gili, 1903; primera edición, 1895), 402.

²⁰² Anónimo, *El párroco con los enfermos ó sea algunos avisos prácticos para los principiantes en dicha carrera*. (Barcelona: Librería Religiosa - Imprenta de Pablo Riera, 1859), 32.

²⁰³ Los enfermos deben acudir en días alternos a las charlas del capellán, y los festivos deben acudir a los actos religiosos (Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo X).

²⁰⁴ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo XII, Art. 59.

²⁰⁵ Marcelino González Fernández, *Visita de enfermos y Asistencia de moribundos ó sea Manual teórico-práctico del sacerdote para el ejercicio de aquel ministerio*. (Oviedo: Establecimiento Tipográfico “La Cruz”, 1906), 54.

²⁰⁶ Ibid., 151.

¡Morir con placer! He aquí la suprema aspiración del cristiano, el más sublime heroísmo á donde es preciso que encamine sus deseos, según aquella valiente expresión de Tertuliano: *Mori voluptate debebimus*.²⁰⁷

Pero no son sólo consideraciones religiosas las que se esgrimen para justificar dicho control, sino que también se apoyan en argumentos médicos²⁰⁸ y morales²⁰⁹ para justificar la necesidad de apartar al enfermo de la sociedad, lo que vuelve más túpida, si cabe, la trama del aislamiento.

Enfermedades y remedios

En el presente punto vamos a tratar sobre síntomas, enfermedades, remedios y cuidados. Tal vez sea esto lo primero que nos viene a la mente a la hora de hablar de la enfermedad: aquello que los médicos dicen y hacen. El situarlo en este lugar del texto no es una decisión casual. Hay dos razones que nos empujan a ello: la primera, hacer relevante que, por muy importante que pueda ser, se trata solamente de una faceta más de la experiencia de enfermar; la segunda, el papel mismo que la medicina tiene en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen. Tal vez esta segunda razón no sea evidente, sin embargo, el lector avisado seguramente se ha percatado de una cosa que, en principio, puede parecer insignificante: hasta este preciso momento, y desde el inicio del apartado 3, prácticamente no hemos mencionado a los médicos que formaban parte de la institución. Hemos hablado del día a día de los enfermos, de sus condiciones de vida, del modo en que discurría su vida, y no ha sido necesario citar al facultativo más que en un par de ocasiones: cuando mencionamos el informe médico que éste debía realizar durante la etapa de admisión del enfermo y al hablar de los permisos temporales. Esta ausencia no es anecdótica, ni tampoco debida a una decisión de separar la faceta médica del resto para un mejor análisis. Se debe a que, hablando con propiedad, el Hospital del Carmen – o cualquier otro de los establecimientos de la Beneficencia – no era una institución médica... al menos, no lo era de forma principal:

²⁰⁷ Ibid., 3.

²⁰⁸ Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*. Existe traducción española: Maxime Durand-Fardel, *Tratado Práctico de las Enfermedades Crónicas*, 3 vols., vol. 1, Biblioteca Escogida de "El Siglo Médico". (Madrid: Enrique Teodori, 1877; primera edición, 1854). Ver supra apartado 2.1.

²⁰⁹ Domingo Mambrilla, "La Beneficencia Pública," 429.

Ambas redes asistenciales – la pública y la privada – siguieron caminos muy diferentes a lo largo del siglo XIX. Así, los manicomios públicos españoles tuvieron serias dificultades para convertirse en espacios medicalizados: la ausencia de directores médicos en los mismos se ha argumentado repetidamente como una de las principales causas del deterioro de las instituciones. Instituciones – regidas por órdenes religiosas o, a lo sumo, por patronatos. En las que los médicos permanecieron relegados a una simple función de 'asesores' o de 'jefes facultativos'.²¹⁰

El Hospital del Carmen no era una excepción. La labor del médico, tal y como se describe en el Reglamento, sería completamente técnica: visitar a los enfermos, practicar operaciones, recetar, realizar un estado semestral para el visitador del Ministerio, reconocer al paciente en el ingreso... y poco más²¹¹. Incluso una faceta tan importante para la medicina de la época como era la de marcar la dieta del enfermo debía ser aprobada por la Junta de Patronos²¹². La medicina y el médico, por tanto, son sólo una parte más de la experiencia de enfermar, como decíamos, pero en un hospital de beneficencia del siglo XIX esto es más evidente que en ningún otro sitio.

Síntomas, enfermedades

Hay dos tipos de documentos que nos interesan en la identificación de las enfermedades que sufrían los aspirantes a internos. Por un lado, tenemos la petición de ingreso. En ella, como ya hemos dicho, el enfermo, por mano propia o la mayor de las veces ajena, relataba cuáles eran los males que sufría, esos síntomas que constituían *su enfermedad*. Por otra parte, el informe médico del facultativo del hospital, en el que los síntomas descritos toman forma bajo la etiqueta de una entidad nosológica: *una enfermedad*. Ambos discursos se complementan y nos abren el acceso a dos realidades distintas, por un lado, la experiencia concreta del enfermo, que resalta aquellos síntomas que tienen un especial significado en su vida, los síntomas que realmente le hacen *sufrir* una enfermedad. Por otro lado, el

²¹⁰ Huertas, *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*, 55.

²¹¹ Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362 - 363, Capítulo XIV, Art. 61.

²¹² Gaceta de Madrid, n.º 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Capítulo III, Art. 3, punto 13.

entramado científico de las enfermedades incurables, un listado de aquellas dolencias que, *realmente*, eran incurables. Al analizar la lista resultante de escuchar ambas voces se descubre una curiosa realidad: aquello que importa al enfermo no es necesariamente lo que importa al médico.

Empecemos por los enfermos. Contamos con 32 peticiones completas de los 33 peticionarios que vienen recogidos en el legajo 1984. En estas 32 peticiones se recogen un total de 41 causas por las que se solicita dicho ingreso. De esas 41, tan sólo once hacen referencia a una enfermedad concreta (27%): mielitis (1), infarto de próstata (1), hemiplejia (1), paraplejia (1), ataxia locomotriz (1), catarro pulmonar crónico (5), y asma (1). De estas once, tres vienen con informe médico en que se detalla la enfermedad. El resto de las peticiones describen síntomas, percepciones o denominaciones populares: parálisis del lado derecho; inútil; quebrado; imposibilitado de la vista... Entre estos síntomas hay uno que, sin lugar a dudas, destaca poderosamente: el dolor. Catorce de los cuarenta y un enfermos declara que “sufre dolor”, sea de origen reumático (el más común) o “nervioso”. Es decir, el 34% de los principales síntomas declarados por los solicitantes, aquellos síntomas que, en su opinión, deben abrirles las puertas del Hospital de Incurables, tienen que ver con el dolor. El siguiente síntoma o enfermedad en número de apariciones es el catarro crónico: significa tan sólo el 12% del total de los síntomas. No cabe duda, por tanto, de cuál era la principal preocupación de los enfermos.

El listado proporcionado por los médicos nos muestra otra realidad, cuya principal diferencia estriba en la desaparición del dolor como elemento denominador. El dolor, para el médico, no deja de ser un síntoma más que forma parte del grupo que conforma la definición de *una* enfermedad²¹³. El listado es extenso, y comprende 24 enfermedades distintas que aparecen un total de 47 veces. En la table 1 se exponen, ordenadas según el número de apariciones, la lista completa de enfermedades diagnosticadas.

²¹³ King, "What is Disease?," 197.

Ítem	Enfermedad	Frecuencia
1	Reumatismo	9
2	Catarro pulmonar	7
3	Hernias	6
4	Hemiplejia	4
5	Debilidad senil	2
6	Hipoglobulia	1
7	Infarto prostático senil	1
8	Catarro bronquial	1
9	Estenosis aórtica	1
10	Bronquiectasia	1
11	Semiparálisis de los extensores de ambas piernas	1
12	Parálisis del cuello de la vejiga	1
13	Parálisis incompleta del lado izquierdo	1
14	Nefritis albuminosa (mal de Bright)	1
15	Bridas fibrosas en los flexores de los dedos	1
16	Esclerosis	1
17	Paraplejia	1
18	Cataratas	1
19	Asma	1
20	Periencefalitis difusa	1
21	Ataxia locomotriz	1
22	Reblandecimiento cerebral senil	1
23	Mielitis crónica	1
24	Entero-colitis crónica	1

Tabla 1: Relación de enfermedades diagnosticadas por los facultativos del Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen según las peticiones de ingreso recogidas en el legajo 1984 del AHN. *Elaboración propia.*

Como vemos, la enfermedad que aparece diagnosticada con más frecuencia es el reumatismo, en correspondencia con los frecuentes “dolores reumáticos” manifestados por los peticionarios. Hemos resumido bajo esta etiqueta los tres tipos de reumatismo descritos en los informes médicos, a saber: articular (7), fibroso (1) y nervioso (1). A continuación encontramos los catarros pulmonares crónicos (7), hernias (6) y hemiplejias (4), como enfermedades más comunes. El resto de enfermedades, con una sola aparición, son bastante variadas. Al igual que la lista anterior nos indicaba qué tipo de síntomas eran los más importantes para los pacientes, la contenida en el cuadro número 1 nos aporta un listado con 24 enfermedades que, en el año 1891, eran consideradas incurables. Como vemos en

el gráfico 1, la distribución de estas enfermedades en relación con los diversos sistemas que compone el cuerpo humano muestran cómo la mayoría de ellas tenían un origen nervioso (28'9%), respiratorio (22'2%) u óseo (17'78%):

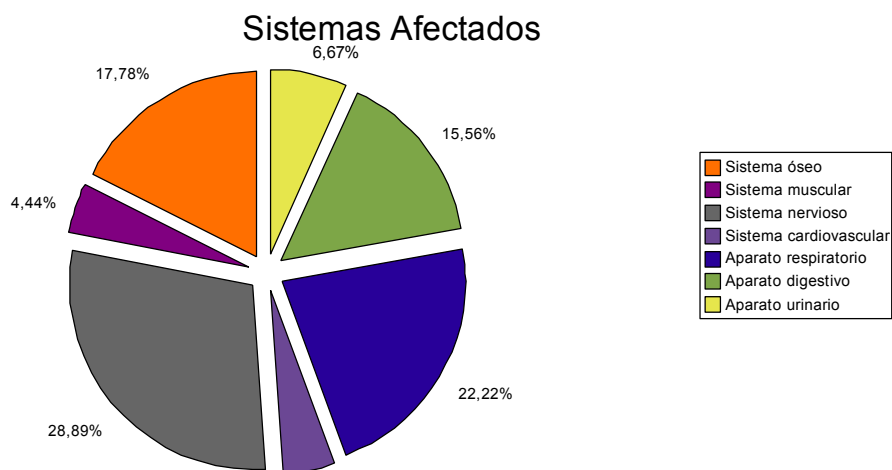


Gráfico 1: Distribución de las enfermedades recogidas en la Tabla 1 atendiendo al sistema componente del cuerpo humano afectado. *Elaboración propia.*

Recetas, remedios y cataplasmas

Una vez que hemos determinado el tipo de enfermedades que podemos encontrar en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen, es hora de pasar a los remedios que a ellas se ponían. Puesto que nos ha sido imposible dar con las historias clínicas, recurriremos a dos fuentes principales. La primera proviene de los listados de medicamentos requeridos por el Hospital; la segunda, una colección de historias clínicas de enfermos incurables tratados en el Hospital Clínico de Madrid.

La medicación que se administraba en ambos hospitales de incurables de Madrid, tanto para hombres como para mujeres, era servida por la botica del Hospital de la Princesa, que funcionaba a modo de farmacia central de ambos centros desde el año 1861²¹⁴. Se enviaba, por tanto, de forma diaria una petición a dicha botica para el suministro de los medicamentos necesarios, firmada por el facultativo del hospital. Los medicamentos eran recepcionados y almacenados en el botiquín, donde se encontraban a disposición de los facultativos. Por desgracia, la

²¹⁴ AHN, leg. 2141/10.

documentación no abarca todo el periodo, ni siquiera se aproxima a los años en que Juan José Calero se encontraba en el Hospital. El grueso de la información se refiere a los años 1871 y 1872, concentrado en dos legajos del AHN (el 2094/3 y el 2094/8), y es extensísima, puesto que encontramos cada uno de los pedidos realizados a lo largo de casi un año. Unos trescientos listados de preparaciones que nos permiten hacernos una idea cabal del tipo de tratamiento que se practicaba en el hospital. En el presente texto no vamos a trabajar sobre el total de la documentación. Por motivos de tiempo y espacio, el análisis se reducirá a la documentación encontrada en el legajo 2094/3, que comprende los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 1871. Queda para el futuro un análisis más extenso del total de la documentación²¹⁵.

El estudio de esta parte de la documentación ofrece como resultado, en primer lugar, la aparición de un elevado número de opiáceos (clorhidrato de morfina, extracto acuoso tebaico, polvos de Dover). El principal uso de los opiáceos es, parece evidente, como analgésico, si bien también solían ser empleados como antitusivos y antidiarreicos, así como astringentes o en el tratamiento de disneas. Otros analgésicos, como el acónito²¹⁶, también eran empleados regularmente. Junto a los analgésicos encontramos otros medicamentos que podemos dividir en dos grandes grupos: 1) indicados para el tratamiento de afecciones gastrointestinales: jarabe de altea, bicarbonato, nuez vómica; 2) indicados para el

²¹⁵ La tan estudiada continuidad de prácticas terapéuticas hipocráticas durante el siglo XIX contrasta con el abandono de esta corriente teórica. La costumbre del sangrado, como se verá, sigue vigente, así como el énfasis en la dieta y el ejercicio, prácticas de raigambre hipocrática que encuentra su cobertura teórica en la nueva práctica de la higiene: W.F. Bynum, "The rise of Science in Medicine, 1850-1913," en *The Western Medical Tradition, 1800 to 2000*, ed. W.F. Bynum, et al. (Cambridge: Cambridge University Press, 2006). Un estudio ajustado de la historia del medicamento en los siglos XIX y XX en Christian Bonach y Anne Rasmussen, *Histoire et Médicament aux XIXe et XXe Siècles*. (Paris: Éditions Glyphe, 1990). Una visión más amplia en Miles Weatherall, *In Search of a Cure. A History of Pharmaceutical Discovery*. (Oxford: Oxford University Press, 1990).

²¹⁶ El acónito, del que suele emplearse la raíz, cuenta entre sus principios activos con la acotinina, en cantidades de hasta un 30%, que le confiere propiedades analgésicas. Es empleado igualmente como antipirético, antitusivo y descongestionante. Como se ve, está especialmente indicado para afecciones del aparato respiratorio. Cfr. A. Arteche, *Fitoterapia, Vademecum de prescripción*. (Barcelona: Masson S.A., 1998).

tratamiento de afecciones cutáneas o para preparar cataplasmas: harina de linaza, alumbre crudo. Encontramos aquí una serie de medicamentos de uso común y diario durante el periodo indicado. Era necesario, pues así se reglamentó, que sólo se pudieran pedir las cantidades que se iban a emplear en las 24 horas siguientes, de forma que no se almacenase en los botiquines del hospital más medicación que la necesaria y, por supuesto, aquella de uso común (por ejemplo, esparadrapo)²¹⁷. Esto, que ofrece la ventaja de acercarnos al día a día de médicos y enfermos, implica también que las conclusiones obtenidas de una muestra tan incompleta no pueden ser definitivas. La distorsión de los datos se hace evidente en el empleo de clorhidrato de morfina. Este medicamento aparece desde mediados de octubre hasta el final de la muestra, en dosis de 10 dg. dividida en cuatro píldoras, muy probablemente para el tratamiento de un único enfermo durante un periodo de tiempo prolongado. Implica, por tanto, un peso desproporcionado en la muestra que, muy posiblemente, se corregirá con un estudio completo de la documentación que, como dijimos en el párrafo anterior, se antoja necesario. Por otra parte, no deja de llamar la atención el número relativamente escaso de medicamento solicitado si tenemos en cuenta el número total de internos, lo cual nos empuja a pensar que sólo algunos de ellos eran tratados farmacológicamente. Sí podemos, sin embargo, extraer una serie de consecuencias provisionales. La primera, que el principal síntoma tratado era el dolor producido por las enfermedades incurables de los internos. Apunta a ello el elevado número de opiáceos de diverso tipo y de otros analgésicos recetados. A continuación, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales y las afecciones cutáneas. No entraremos de momento a analizar el éxito de tales tratamientos. Por otra parte, esta imagen extraída de la terapéutica aplicada se corresponde bastante bien con el cuadro de enfermedades y síntomas relacionados en el apartado anterior, si excluimos las afecciones cutáneas, que no se mencionan. Este último punto nos hace pensar que, pese a los años pasados entre nuestra lista de medicamentos de 1871 y la lista de enfermedades de 1891, el tipo de enfermo y de enfermedad que eran tratados en el hospital no había variado mucho.

²¹⁷ AHN, leg. 2141/10.

Nos centraremos ahora en las historias clínicas del Hospital Clínico de Madrid. Hemos utilizado para ello un libro publicado en 1882 por *El Alumno Médico*, publicación periódica de corta vida editada por los alumnos de medicina de la Universidad de Madrid. En el libro se recopilan las historias clínicas recogidas por los alumnos del curso 1881 – 1882 durante sus prácticas de medicina clínica y de cirugía²¹⁸. El valor de la compilación realizada por estos alumnos radica en la frescura de sus notas. Los estudiantes, algunos de ellos al menos, no se limitaban a copiar antecedentes, síntomas, diagnósticos y tratamientos, sino que apuntaban sus propias observaciones sobre el carácter del enfermo, sobre su aspecto físico y sobre los efectos que la enfermedad había causado en su actitud y comportamiento. Estos datos dan una viveza a las historias clínicas de la que carecen las oficiales. Entre las muchas historias hemos escogido un total de 17, todas tienen en común el tratarse de enfermedades crónicas (o con una alta probabilidad de convertirse en tales) e incurables. En estas 17 historias detectamos 11 enfermedades distintas, que detallamos en la Tabla 2:

Ítem	Enfermedad	Frecuencia
1	Reumatismo	4
2	Mielitis crónica	3
3	Bronquitis crónica	2
4	Cistitis crónica	1
5	Cáncer de estómago	1
6	Prostatitis crónica	1
7	Meningitis tuberculosas	1
8	Reumatismo muscular	1
9	Catarro pulmonar	1
10	Catarro gástrico crónico	1
11	Atrofia muscular	1

Tabla 2: Relación de enfermedades diagnosticadas por los facultativos del Hospital Clínico de Madrid en 17 casos recogidos en VV.AA (1882). *Elaboración propia.*

²¹⁸ VV.AA., *Curso académico de 1881 - 82. Historias clínicas de los enfermos acogidos durante el citado curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid recogidas y publicadas por la Redacción de "El Alumno Médico"*. (Madrid: Administración, 1882).

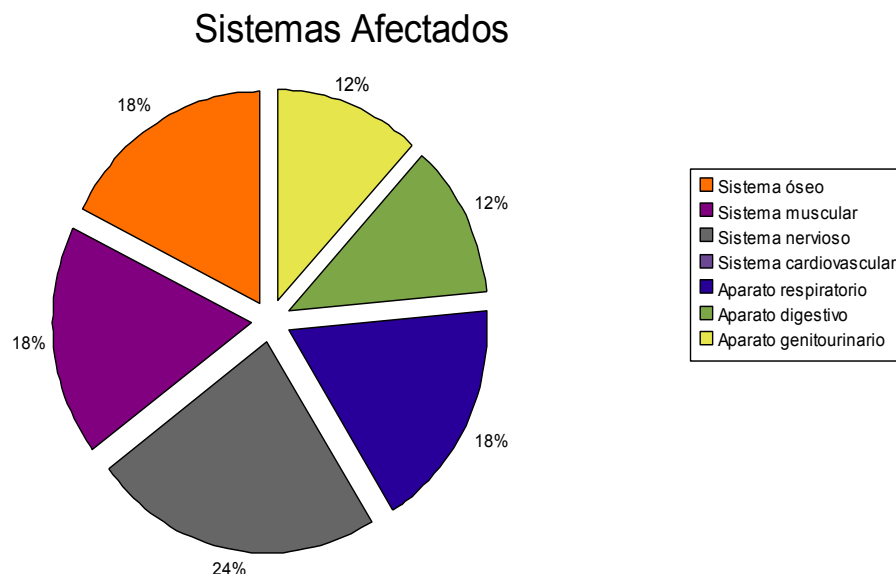


Gráfico 2: Distribución de las enfermedades recogidas en la Tabla 1 atendiendo al sistema componente del cuerpo humano afectado. *Elaboración propia.*

Si lo comparamos con la tabla número 1, veremos que, nuevamente, el reumatismo se encuentra en lo más alto de la tabla, con cuatro apariciones (un 24% del total). El catarro pulmonar, sin embargo, que en el primero estaba en segundo lugar con 7 apariciones (el 15% del total), aquí sólo cuenta con 1 (6%), si bien se ve acompañado por otros trastornos del sistema respiratorio, como la bronquitis crónica (12%). Si observamos el gráfico 2 podremos darnos cuenta de que, a nivel de sistemas afectados, no existen diferencias considerables entre uno y otro:

Lo más reseñable es la desaparición de las enfermedades cardiovasculares de la muestra y el aumento de enfermedades del sistema muscular (14 puntos) y del aparato genitourinario (5 puntos), así como una mayor regularidad en la distribución de los sistemas afectados, con una diferencia entre el primero y el último de tan sólo 12 puntos, contra los 24 del gráfico 1. Estas variaciones, no obstante, no eliminan la similitud de la muestra con los datos obtenidos de las peticiones de ingreso en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen, sobre todo en

lo que respecta a la enfermedad que cuenta con más apariciones en ambas muestras: el reumatismo²¹⁹.

Empecemos por estos cuatro casos, a los que sumaremos el de reumatismo muscular, que, pese a diagnosticarse agudo, se cree que derivará en crónico²²⁰. De los cuatro enfermos, dos son hombres y las otras dos mujeres. De los hombres, uno cuenta 65 años y el otro 19. De las mujeres, una 25 y la otra 23. En los cuatro casos, el primer síntoma referido son los dolores en las articulaciones, excepto en el caso de la mujer de 25 años, que menciona la pérdida de la menstruación en primer lugar²²¹. Para describir dichos dolores se emplean adjetivos como “grandes”²²² o “intensos”²²³ y se indica el aumento de los mismos al moverse, hasta el punto de dificultar la locomoción. En los cuatro casos, los dolores, que comenzaron en las articulaciones de la rodilla, se desplazaron hasta las piernas y los tobillos y, en uno de ellos, hasta la cadera. Esto en lo relativo a los síntomas que presentaban los enfermos al entrar en el Clínico. Uno de ellos, el hombre de 65 años, desarrolló “edemas en las piernas”²²⁴, posiblemente un eritema nodoso. En cuanto al tratamiento, a las dos mujeres se les recomendó salicilato de sosa para combatir el dolor reumático (analgésico y antiinflamatorio) y el empleo de estufas secas en las articulaciones, para aportar calor²²⁵. En lo que respecta a los hombres, el tratamiento varió, dependiendo de sus casos particulares y de sus condiciones. El joven de 19 años, diagnosticado de artritis reumática, recibió baños con un cocimiento de manos de carnero en el pie derecho y una cataplasma emoliente (antiinflamatoria) tres veces al día. El 19 de febrero se le recomendaron unturas de pomada de belladona (analgésico local) y ungüento mercurial. El 11 de marzo, tras

²¹⁹ En el caso de esta segunda muestra, bajo la etiqueta “reumatismo” hemos subsumido los siguientes diagnósticos: reumatismo poliarticular (2), reumatismo (1), artritis reumática crónica (1).

²²⁰ VV.AA., *Curso académico de 1881 - 82. Historias clínicas de los enfermos acogidos durante el citado curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid recogidas y publicadas por la Redacción de "El Alumno Médico"*, 30.Cap. 1

²²¹ Ibid.Ibid., Cap. 2, p. 24.

²²² Ibid., Cap. 4, p. 53.

²²³ Ibid., Cap. 3, p. 44.

²²⁴ Ibid., Cap. 4, p.54.

²²⁵ Ibid., Cap. 2, p. 45 y Cap. 2, p. 25.

casi tres meses ingresado, se le recetan sanguijuelas aplicadas a los maleolos y unas embrocaciones de tintura de yodo por la mañana y por la tarde²²⁶. En el caso del anciano de 65 años, la medicación se redujo a una disolución de 2 gramos de yoduro potásico en 90 gramos de agua – posiblemente para tratar los nódulos –, fricciones con bálsamo al hipocondrio derecho, algún laxante y agua de Loeches²²⁷. Constatar la inutilidad de tales tratamientos es tan sencillo como acudir a la sección dedicada a describir el estado actual del enfermo: “*dolor en codos y rodillas [...] dolor en el hipocondrio derecho*”²²⁸, “*el enfermo siente gran dolor*”²²⁹, “*presenta además dolores lentos, contínuos en la rodilla, pierna y muslo derecho*”²³⁰, “*dolor en todas las articulaciones [...] imposibilidad en el movimiento*”²³¹. Fracaso más evidente si cabe en el caso del enfermo de reumatismo muscular. Este ingresó el 9 de octubre en el Hospital Clínico con “dolor lancinante, extendido a todo lo largo de la extremidad inferior; dolor que le impedía trabajar”²³², se le recetó ración de tercer grado, ejercicio y una inyección hipodérmica de hidrociorato de morfina (5 cg.) diluida en agua destilada (5 g.). El 20 de octubre, el estado del enfermo era el siguiente:

Facies algo demacrada, mirada triste, palidez de la piel [...] la sensibilidad del enfermo está aumentada al dolor en toda la extremidad inferior derecha [...] verdaderamente lancinante con ligeras exacerbaciones, aunque su carácter constante es de ser continuo, aumentando su intensidad durante aquella; dolor que se aumenta también por la progresión, y que le priva del sueño y de la tranquilidad, consolándose tan sólo por medio de inyecciones calmantes.²³³

Incluso en casos como el presente, en que se emplea un calmante fuerte como es la morfina, el enfermo sigue sufriendo a causa de su dolor. Un dolor que no ha

²²⁶ Ibid., Cap. 3, p. 44. Las embrocaciones son simples linimentos.

²²⁷ Ibid., Cap. 4, p. 54. El agua de Loeches es una agua mineral procedente del famoso balneario de Loeches, pueblo situado en la provincia de Madrid, muy cerca de Mejorada del Campo.

²²⁸ Ibid., Cap. 4, p. 54.

²²⁹ Ibid., Cap. 3, p. 44.

²³⁰ Ibid., Cap. 2, p. 45.

²³¹ Ibid., Cap. 2, p. 25.

²³² Ibid., Cap.1, p. 29.

²³³ Ibid., Cap. 1, p. 29.

mejorado en absoluto desde su ingreso, que sigue siendo lancinante y continuo, y que el tratamiento es incapaz de paliar. El tratamiento que se recibe, por tanto, se muestra inútil para mejorar el estado del enfermo. No sólo no cura la enfermedad ni palia su dolor, sino que muchas veces produce dolor de forma consciente: la aplicación de cantáridas o papeles epispásticos, que producen grandes y dolorosas ampollas²³⁴, o de botones de fuego (cauterizaciones superficiales con un hierro candente utilizadas a modo de revulsivo)²³⁵ para tratar la mielitis crónica, o más cantáridas para una meningitis tuberculosa²³⁶, o las veces en que, para un cáncer de estómago, se receta leche de cabra, bicarbonato y un agua de Vichy. Todos estos cuidados que se dispensaban en el Hospital Clínico de Madrid a estos enfermos crónicos e incurables son consistentes con los listados de recetas pedidos por el Hospital de Nuestra Señora del Carmen a la botica del Hospital de la Princesa, que veíamos al inicio de este apartado. Nos vemos inclinados a pensar, por tanto, que los enfermos de dicho hospital recibían un trato similar al recibido por los enfermos del Clínico. Trato que no sólo no cura – a fin de cuentas, hablamos de enfermedades incurables – sino que no trata de evitar el dolor al enfermo e, incluso, muchas veces se lo produce deliberadamente. No es de extrañar, por tanto, la descripción de los enfermos hecha por estos estudiantes de medicina:

Adopta cualquier decúbito; gran demacración [...] ojos empañados y de mirada triste, voz débil [...] tiene color amarillento del rostro, mirada triste y facies característica de un padecimiento crónico.²³⁷

3.3.- Mirada triste

Enfermos, inmovilizados en sus camas por el dolor, un dolor constante que sus médicos son incapaces de remediar. Encerrados en los hospitales, apartados de sus familias y amistades, de su vida anterior. Los ojos empañados. La mirada triste. Viejos. Enfermos. De los muchos significados de la enfermedad, este es el único que para ellos tiene sentido, el que influye en su historia personal, en la forma en que

²³⁴ Ibid., Cap., 3, p. 27.

²³⁵ Ibid., Cap.1, p. 84.

²³⁶ Ibid., Cap. 1, p. 55.

²³⁷ Ibid., Cap. 1, p. 80.

cuentan sus vidas... si es que las cuentan. Pero no es el único. Hay todavía dos aspectos más que debemos mencionar. En primer lugar: el enfermo ingresado en el Hospital de Incurables tal vez ha dejado de ser una carga para su familia, pero mucho antes ha dejado de ser un soporte de la misma. Su incapacidad de trabajar no sólo lo hace depender de los otros, sino que deja desamparados a los que hasta ese momento dependían de él. Y cuando está ingresado, cuando sólo recibe la visita de los suyos una vez cada quince días, cuando no ve dónde viven, cómo comen, cómo crecen sus hijos... a la alegría de dejar de ser una carga se solapa la desolación de no ser una ayuda.

La mujer, que se llamaba Dolores Rodrigues, tenía a su esposo en el Hospital de Incurables, como hemos dicho, y desde que tuvo esta desgracia, mantenía a sus hijas con el honrado fruto de su trabajo, unas veces lavando, otras asistiendo y en varias ocasiones cosiendo ropa para casa ajena.²³⁸

La enfermedad no sólo afecta a los hospitales, ni a los médicos, ni siquiera tan sólo a los enfermos. La familia del enfermo también se ve afectada por la enfermedad, también para ella la enfermedad tiene un significado. En estos casos, en el siglo XIX, para la familia de un pobre la enfermedad incurable tiene un significado duro, pero inevitable: más miseria. Suma una boca más, resta una fuente de ingresos. Sin contar con el dolor de la separación, de la pérdida del marido, del padre, del hermano... y, al mismo tiempo, los sufrimientos del enfermo se multiplican, pues debe ver cómo su familia también sufre por su causa. Cómo el dinero no llega. Cómo la mujer debe ponerse a coser hasta altas horas de la noche la ropa de otros tras llegar de servir en casa de algún comerciante o de un noble. O no verlo. No saberlo. Tan sólo imaginarlo. No sabemos qué es peor. O, si acaso, leerlo en los papeles:

Ayer mañana, a las siete [...] se presentó en la casa un hombre llamado Ventura, como de unos 34 años de edad, de color moreno, de estatura regular y pobremente vestido, en ocasión en que se disponía para salir de dicha casa [...] una mujer joven, de agraciado rostro, la cual acompañada de sus tres hijas, la mayor de 12 años de edad, iba a ver a su esposo, acogido desde hacía tres años en el hospital de incurables. Pocos momentos habían transcurrido [...] cuando se

²³⁸ *La Iberia*, Sección de Noticias, p. 3, 01/10/1878.

oyeron dos detonaciones de arma de fuego. Inmediatamente despues, la niña de 12 años salió á la puerta de la calle dando desgarradores gritos y exclamando: <<¡Que matan a mi madre! ¡Socorro! ¡Ventura la mata!>>²³⁹

En segundo lugar, el enfermo no sólo es un ser solitario, dolorido, viejo, desesperado: también es un ser desagradable. Su compañía produce desazón, sus quejas un profundo asqueamiento, su olor, su tacto, su mirada, esa mirada triste y empañada... todo contribuye a que se huya de él, a que se le evite, a que se le encierre, porque ya lo decía Descuret: "*Las enfermedades crónicas hacen el carácter inquieto, sombrío, egoista e irascible*"²⁴⁰. Si bien la vejez amortigua unas pasiones, exacerba otras "*en algunos casos violentas, como la ira, impaciencia, etc.*"²⁴¹. No nos debe extrañar, por tanto, que se huya de ellos, se evite su contacto, se rehuya su presencia, puesto que "*la pobre situación de los ancianos pobres les hace poco simpáticos [...]*"²⁴² :

Cuando el pobre está enfermo [...] Está solo; los compañeros de sus desórdenes le abandonan en sus dolores; los lazos de familia son débiles, o se rompieron por sus malos procederes, y el aislamiento moral y material le abruma, como abruma la soledad al que no tiene para consolarla ningún dulce recuerdo, ninguna aspiración santa [...] En vez del ruido del mundo [...] hay el silencio de las largas noches, en que no duerme [...] el abatimiento de la debilidad y del dolor [...]²⁴³

Y esto, que es cierto para el que visita al enfermo, lo es, en un Hospital de Incurables, sobre todo para él, para el enfermo rodeado de otros enfermos, de otros seres desagradables, sombríos, egoístas, irascibles, violentos, impacientes... si algo merece formar parte del conocimiento popular sobre la enfermedad incurable es, sin duda, esta natural antipatía del enfermo anciano e incurable. ¿Qué debe

²³⁹ Ibidem.

²⁴⁰ Descuret, *La médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*. Citado en Grenet, *Arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular*, 315.

²⁴¹ González Fernández, *Visita de enfermos y Asistencia de moribundos ó sea Manual teórico-práctico del sacerdote para el ejercicio de aquel ministerio*, 185.

²⁴² Domingo Mambrilla, "La Beneficencia Pública," 429.

²⁴³ Concepción Arenal, *El visitador del pobre*. (Madrid: Victoriano Suárez, 1946; primera edición, 1863), 127-28.

sentir una persona al convertirse en alguien imaginado de esta guisa? Y más aún, ¿qué debe sentir cuando sabe que el resto de lo que le quede de vida – apartado de los suyos, de sus aficiones y vicios, de su trabajo, de sus amistades- estará rodeado de otros tan desagradables, tan egoístas, tan irascibles como él mismo? Y debemos unir a ello el significado que el hospital tiene para la población. Cualquier hospital, no sólo el de Incurables, es un lugar desagradable, relacionado con una muerte miserable, del cual nada bueno puede salir y al que sólo los que no tienen otra opción acuden o, más probablemente, son arrastrados. Baste, como ejemplo, la siguiente cita de Baroja:

Pues entonces, lo que te puedo decir es esto: que como no tienes dinero, ni eres hombre de presa, ni podrás utilizar tu inteligencia, aunque la tengas, que creo que sí, probablemente morirás en algún hospital.

- ¡Qué bárbaro!- exclamo la marquesa-. No le digas eso al chico.²⁴⁴

²⁴⁴ Pio Baroja, *Mala hierba*. (Madrid: Alianza Editorial, 2008; primera edición, 1904), 105. Los hospitales de beneficencia aparecen regularmente en la obra de Baroja, cosa nada extraña si tenemos en cuenta su experiencia como médico que, evidentemente, no fue nada positiva, cfr. Jose Luis Peset, "Pio Baroja, ese pequeño buscador de almas," *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XXVII, no. 99 (2007). Baste recordar la experiencia de Andrés Hurtado, protagonista de *El árbol de la ciencia*, primero en el hospital de San Juan de Dios y luego en el General, véase Pio Baroja, *El árbol de la ciencia*. (Madrid: Caro Raggio / Cátedra, 2008; primera edición, 1911); M. Llanos de los Reyes, "Sobre los personajes y su técnica de caracterización en "El árbol de la ciencia"," *Espéculo. Revista de estudios literarios*, no. 20 (2002). Que Baroja dedicase su tesis doctoral al dolor tal vez no fuese casual, cfr. Peset, "Pio Baroja, ese pequeño buscador de almas," 162. Un breve estudio en B. Fernández-Torres y C. Márquez-Espinós, "Study about the Pain (1896), by Pio Baroja Nessi (1872 - 1956)," *International Congress Series*, no. 1242 (2002). Volviendo a los hospitales, en otra de sus obras podemos leer: "La patrona dijo que habría que llevar a la enferma al hospital; pero como tenía buen corazón, no se determinó a hacerlo", en Pio Baroja, *La Busca*. (Madrid: Alianza Editorial, 2007; primera edición, 1904), 184. Sobre *La lucha por la vida*, trilogía a la que pertenecen ambas novelas de Baroja, se puede consultar una amplia literatura. En lo que respecta a su exactitud como reflejo de la vida de las clases pobres del Madrid del 1900, ver, por ejemplo, Soledad Puértolas, "El Madrid de "La Lucha por la Vida" (Pio Baroja, narrador y juez)," en *Malestar cultural y conflicto en la sociedad madrileña* (Madrid: Comunidad de Madrid, 1991).

Y sin embargo, y esto también debemos decirlo, pese a que el hospital no es un balneario, pese a que las medicinas no curan, pese a estar solo, pese a no contar con su familia, pese a estar encerrado junto a esos individuos desagradables y egoístas, tan desagradables y egoístas, al menos, como él mismo, la alternativa del pobre que sufre una enfermedad incurable e incapacitante en el Madrid de finales del siglo XIX, un Madrid de miseria resignada y perezosa, no es mucho mejor:

Para que en aquella casa hubiera siempre algo terrible y trágico, al entrar solía verse en el portal o en el pasillo una mujer borracha y delirante, que pedía limosna e insultaba a todo el mundo, a quien llamaban *La Muerte*. Debía ser muy vieja, o lo parecía al menos; su mirada era extraviada, su aspecto huraño, la cara llena de costras; uno de sus párpados inferiores, retraído por alguna enfermedad, dejaba ver en el interior del globo del ojo, sangriento y turbio. Solía andar *La Muerte* cubierta de harapos, en chanclas, con una lata y un cesto viejo, donde recogía lo que encontraba. Por cierta consideración supersticiosa no la echaban a la calle.²⁴⁵

²⁴⁵ Baroja, *La Busca*, 88.

4.- Una onza de láudano

Era importante saber dónde se encontraba y de qué huía Juan José Calero si queremos comprender cuál pudo ser su experiencia de la enfermedad, porque es precisamente esa experiencia la que puede ayudarnos a desentrañar el misterio que existe alrededor de su muerte. Es por eso que, ante la inexistencia de un relato que nos narrara su experiencia, hemos tenido que introducirnos en el Hospital de Incurables de Nuestra Señora del Carmen, entender cuál era su funcionamiento, cómo eran tratados los internos, tanto desde el punto de vista médico como desde el meramente administrativo. Es por eso que hemos seguido el proceso de ingreso en el hospital, y también por eso hemos debido recordar la otra opción, la de ser un anciano enfermo e inútil, sin trabajo, en el Madrid de finales del siglo XIX. Nos ha servido para rellenar el “dónde” de nuestra lista de preguntas. Nos ha servido para comprender el significado de morir en la calle de Atocha, número 117²⁴⁶, para darle un contenido de soledad y dolor que la simple dirección no haría evidente para un lector del siglo XXI, aunque sí, seguramente, para aquellos que leyeran la noticia en *La Iberia*. Quedan todavía preguntas por contestar, preguntas que deben ayudarnos a comprender la experiencia de Calero. La que vamos a tratar en las páginas siguientes es ¿cómo murió Juan José Calero?

Juan José Calero murió tras ingerir, presumiblemente, una onza de láudano. ¿Sabía Juan José Calero, enfermo incurable interno en el Hospital Nuestra Señora del Carmen, que el láudano podía matarlo? ¿Estaba familiarizado con el medicamento? ¿Qué uso podía darle si ese era el caso? Debemos señalar, en primer lugar, que el uso del láudano no era extraño en la práctica médica del XIX. Así, podemos leer:

H.G. de 50 años de edad, y residente en el hospital de incurables, empezó a padecer diarrea el 20 de junio. Las deposiciones eran repetidas, mucosas, y pestíferas; el apetito ninguno. *Prescripción*: tisana de arroz gomosa, enemas con 10 gotas de laudano y dieta.²⁴⁷

²⁴⁶ Ramón Mesonero Romanos, *El antiguo Madrid, paseos histórico-anecdóticos por las calles y casas de esta villa*, Facsimil ed. (Madrid: Trigo Ediciones, 2000; primera edición, 1861), 201.

²⁴⁷ Hubert Rodrigues, "Memoria sobre el Cólera-morbo; por el Doctor Hubert Rodrigues, profesor de Montpellier (sic). Sócio de varias Academias nacionales y estrangeras, premiado con la medalla del cólera etc. etc. (Continuación)," *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Tercera Serie. Tomo IV, no.

El láudano era utilizado para tratar el cólera morbo, más exactamente uno de sus síntomas más recurrentes: la diarrea²⁴⁸. Pero no era esta su única utilidad. El láudano es una tintura alcohólica de opio y, como tal, era utilizada para calmar todo tipo de dolores, entre ellos, por ejemplo, el producido en los niños durante la aparición de la primera dentición (Ilustración 16). Para ese mismo fin, el opio y sus distintos derivados y compuestos se empleaban en el reumatismo²⁴⁹, pero también

165 (1849): 59.

²⁴⁸ Ver, además del ejemplo precedente, por ejemplo, la patente de Antoine Racicot, "Improvement in Medical Compounds for Cholera," in 140.642, ed. United States Patent Office (United States 1873). Durante la segunda mitad del siglo XIX, España sufrió tres graves epidemias de cólera, en las que murieron unas 480.000 personas (sin contar los 300.000 que se estima murieron en la epidemia de 1833) cfr. Javier Viñes Rueda, *La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de sanidad de Navarra (1870-1902)*. (Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad, 2006), 94. Los datos dejan poco lugar para las dudas. En el censo del año 1857 se estimaba la población de España en 15.464.340 (Comisión de Estadística General del Reino, *Anuario Estadístico de España*. (Madrid: Editora Nacional, 1858). Durante la segunda epidemia (1853 – 1855) hubo más de un millón de afectados (el 6,5% del total de la población) según Viñes Rueda, *La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de sanidad de Navarra (1870-1902)*, 80. Debemos concluir, por tanto, que una parte muy importante de la población tuvo relación, directa o indirecta, con el láudano, convirtiéndose, por tanto, en un medicamento conocido, si no lo era antes. La importancia del opio y sus derivados, como el láudano, se hizo especialmente patente a partir de la tercera invasión en 1865, momento en que es considerado como el remedio fundamental contra la enfermedad, cfr. G. Folch Jou y Francisco Javier Puerto Sarmiento, "Diversos aspectos relacionados con el medicamento y su dispensación en las boticas madrileñas durante las epidemias coléricas del siglo XIX," *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia* 28, no. 115 - 116 (1978): 128. En el verano de 1885, durante la cuarta epidemia, se declara lo que se dio en llamar "guerra del láudano", en la que se insertaron varios anuncios en diversos periódicos de Madrid avisando sobre los peligros que el uso indebido del láudano causaba, lamentado diversas muertes por sobredosis y advirtiendo contra su uso; al tiempo, se insertan varios anuncios advirtiendo sobre preparados fraudulentos de otras farmacias y ensalzando el láudano propio como el único verdaderamente eficaz (ibid., 139.). En fin, vemos que, durante las diversas epidemias, el láudano se convirtió en protagonista, llegando, de esta forma, muy probablemente a conocimiento del gran público.

²⁴⁹ Dr. Kosclakiewicz, "Observaciones acerca del reumatismo articular agudo curado por los sudoríficos y los polvos de Dower," *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia Tercera Serie*, no. 5 (1846).

era utilizado para combatir el insomnio²⁵⁰, en la curación de oftalmias²⁵¹, etc. También era utilizado en compuestos farmacéuticos como la *inyección anodina*, un preparado para su administración intravenosa que contenía 24 decigramos de láudano, y que se recomendaba para el tratamiento de uretritis y vaginitis dolorosas²⁵².



Ilustración 16: Mrs. Winslow's Soothing Syrup... for Children Teething. Contenía 65 g. de opio por onza. 1887.

Se supone que el primero en producir láudano fue el médico alemán Paracelso, si bien la mezcla más utilizada fue la de Sydenham²⁵³. Esta mezcla la podemos encontrar recetada, por ejemplo, en el Hospital General de Valencia en el año 1814²⁵⁴. Esta misma fórmula de Sydenham era la contenida en la sexta edición de

²⁵⁰ Max Simon, "Del insomnio considerado como indicación terapéutica especial y de los medios característicos para combatirlo," *ibid.* Segunda Serie, no. 68 (1841).

²⁵¹ E. P. y G., "Ventajas del láudano líquido en la curación de las oftalmias," *ibid.*, no. 44.

²⁵² Gregorio de Escalada et al., *Nuevo Formulario Médico-Quirúrgico de los Hospital Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid*, 2ª ed. (Madrid: D.E. Aguado, 1853), 230.

²⁵³ Guibourt, *Mémoire sur le dosage de l'Opium et sur la quantité de Morphine que l'Opium doit contenir. Observations sur le Laudanum liquide de Sydenham*. (Paris: E. Thunot et C., 1862), 64.

²⁵⁴ Rafaela Domínguez Vilaplana y Salvador Rodríguez-Cortelles, "Estudio de los medicamentos

la *Farmacopea Española* del año 1884, en vigor en el momento en que ocurre nuestra historia. Los componentes del láudano de Sydenham, o vino de opio compuesto, eran los siguientes: opio (60 gr.), azafrán (30 gr.), canela de Ceilán y clavo de especia (4 gr. de cada uno), vino blanco superior (540 gr.). Cada gramo de preparado contenía, según la *Farmacopea*, 12 centigramos de opio, y la dosis recomendada era de 3 a 6 decigramos de producto²⁵⁵. Calero, según el informe de sus médicos, había tomado una onza de láudano, cantidad que le produjo la muerte²⁵⁶. En un producto similar producido en los Estados Unidos hacia el año 1906, podemos leer que una onza de elixir contenía 117 mg de opio, o lo que es lo mismo, 12 mg de morfina (Ilustración 17). Según Littré, 20 gotas de la preparación de Sydenham se corresponden con 0,05 gramos de opio purificado, o 60 centigramos de opio bruto²⁵⁷ y Guibourt, en su estudio de 1862, afirma que el láudano de Sydenham, preparado según indica el *Codex* francés, contiene en un gramo de producto, preparado con opio con un diez por ciento de morfina, 11 miligramos de morfina²⁵⁸. En cuanto a la dosificación, en el caso del preparado de Stickney and Poor's, venía indicada en el mismo frasco del preparado: 5 – 8 gotas para los bebés, 25 gotas para los niños, una cucharada de té para los adultos (Ilustración 18). Debemos entender, sin embargo, que esta dosis es la recomendada para este producto concreto. El *Household Companion* (un libro para amas de casa con una sección dedicada a la divulgación médica del año 1909), indica que la dosis adecuada de láudano para un adulto es entre 15 y 30 gotas²⁵⁹.

recetados a los empleados del Hospital General de Valencia en el año 1814" (paper presentado en *Jornadas de la Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España*, Madrid, 12/13 de Diciembre de 2002). Podemos encontrar un excelente documento sobre la preparación del láudano de Sydenham en Guibourt, *Mémoire sur le dosage de l'Opium et sur la quantité de Morphine que l'Opium doit contenir. Observations sur le Laudanum liquide de Sydenham*, 64-74.

²⁵⁵ Academia Nacional de Medicina, ed. *Farmacopea Oficial Española*, 6 ed. (Madrid: Gregoria Estrada, 1884).

²⁵⁶ Una onza líquida (oz.) son 29,57 mililitros de producto. Esta cantidad se aplicará a los productos británicos y estadounidenses. Más adelante veremos qué era una onza en España en el siglo XIX.

²⁵⁷ Littré y Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent.*, art. *Laudanum*.

²⁵⁸ Guibourt, *Mémoire sur le dosage de l'Opium et sur la quantité de Morphine que l'Opium doit contenir. Observations sur le Laudanum liquide de Sydenham*, 66.

²⁵⁹ Alice A. Johnson, Janet Mackenzie Hill y Henry HartShorne, eds., *The Household Companion*

Ya hemos visto que la *Farmacopea Española* indicaba entre 3 y 6 decigramos. No obstante, debemos indicar que la onza utilizada en España en el siglo XIX no es la misma onza inglesa del Elixir Paregórico. En efecto, la onza española del siglo XIX era una unidad de peso que se correspondía con 16 adarmes, o, lo que es lo mismo, 25'755 gr.²⁶⁰. En otras palabras: 43 veces la dosis recomendada por la *Farmacopea Española*. Esa fue, exactamente, la cantidad de láudano ingerida por Juan José Calero, la cantidad que le provocó la muerte²⁶¹.



Ilustración 17: Elixir Paregórico (recto),
fabricado en 1906 por Stickney and Poor's,
Massachussets.



Ilustración 18: Elixir Paregórico (verso),
indicando las dosis recomendadas.

Una vez conocidas la composición y las aplicaciones del opio en la medicina del siglo XIX, nos interesa conocer cómo era comercializado el producto. El mercado

(Philadelphia: The Uplift publishing co., 1909).

²⁶⁰ Francisco Javier Sánchez Martín, "Aproximación al léxico de los pesos y las medidas de capacidad en la época renacentista," *Interlingüística*, no. 17 (2007): 955.

²⁶¹ La dosis letal media del opio se calcula en los 70 mg por kilo de peso. Es decir, para una persona que pese 70 kg, la dosis sería de 5 g. Según los datos de la *Farmacopea*, en una onza de láudano se encontraban unos 3 g. de opio. Cfr. Antonio Escohotado, *Historia General de las Drogas*. (Madrid: Espasa, 2005), 1197-205.

de la farmacia en 1890, año en que ocurre nuestra historia, estaba regulado por las Ordenanzas de Farmacia de 1860²⁶². En el artículo 1, se distinguían tres tipos de medicinas: 1º medicamentos; 2º drogas; 3º plantas medicinales. En los artículos 34 y 61 se recogía la creación de tres catálogos correspondientes a cada uno de estos distintos tipos de medicamentos. Se definía igualmente que los únicos que podían dedicarse al comercio de farmacia eran aquellos farmacéuticos debidamente titulados (Art. 2). Los artículos 19-21 regulaban el modo en que estos medicamentos podían ser despachados. Así, el art. 19 ordena que se podían despachar sin recetas aquellos medicamentos de uso común en la medicina doméstica o aquellos que el facultativo solía prescribir verbalmente, el resto necesitaría receta médica escrita. En todo caso, sigue el artículo 20, para prescribir cualquier tipo de medicamento que pudiera ser letal en dosis elevadas (*heroicos*), sería necesaria una prescripción médica por escrito y la ratificación de dicha receta por parte del facultativo²⁶³. En esa misma Ordenanza, se recogen como anexos los tres catálogos señalados en el artículo 61. En el segundo de ellos, que recogía las sustancias venenosas, se encuentra incluido el opio²⁶⁴. Como dijimos, el artículo 20 de la citada Ordenanza rezaba lo siguiente:

Aún con receta, no despacharán los Farmacéuticos medicamento alguno heroico en dosis extraordinaria, sin consultar antes con el facultativo que suscriba la receta y exigir la ratificación de esta.²⁶⁵

Estas disposiciones se veían reforzadas por el Código Penal de 1870, en cuyo artículo 352 se condenaba a arresto mayor y al pago de una multa comprendida entre las 125 y las 1.250 pesetas a todo aquel que incumpliera este reglamento²⁶⁶. Se puede comprobar, por tanto, que en principio el acceso de la población a este

²⁶² María del Carmen Molina Mansilla, "Evolución de la normativa española en materia de tráfico de drogas durante el siglo XIX," *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá* (2006): 175.

²⁶³ Ibid., 175-76.

²⁶⁴ Ministerio de Justicia, *Colección Legislativa de España* (Madrid: Imprenta del Ministerio de Gracia y Justicia, 1860), 323.

²⁶⁵ Ibid., 306.

²⁶⁶ Molina Mansilla, "Evolución de la normativa española en materia de tráfico de drogas durante el siglo XIX," 202.

tipo de drogas era bastante complejo. Sin embargo, partimos de un hecho irrefutable: alguien le consiguió el láudano a Calero, y, al parecer, no con mucha dificultad.

Debía existir, por tanto, en España, bien un mercado negro de la droga, bien un acatamiento poco estricto de la legislación vigente. El sumario de la investigación puede sernos, nuevamente, de utilidad:

[...] pero que debe manifestar que hace dias le encargo el Calero preguntara que costaba una onza de laudano que lo pregunto y se lo dijo y dias despues, le mando por dicha sustancia diciendole era para que le abriera el apetito pero habiendo llamado la atencion del declarante la insistencia que el Calero le pedia el laudano fue por el a la farmacia del Sor Sanchez Ocaña donde le manifestaron que era una sustancia perjudicial en vista de lo cual no lo compro y devolvio el dinero al acojido Calero [...] ²⁶⁷

Juan José Calero intentó que otro enfermo, Ruperto Gutiérrez, de 57 años de edad y que llevaba desde 1887 interno en el centro a causa de una esclerosis atrófica²⁶⁸, le comprara el láudano. Lo único que Ruperto Gutiérrez tuvo que hacer fue acercarse a una farmacia y pedir la cantidad que quería de la medicina. El farmacéutico, según se desprende de la declaración, tan sólo le advirtió que el medicamento era peligroso, y fue el mismo Gutiérrez el que decidió no comprarlo. Según hemos visto, las Ordenanzas de Farmacia de 1860 exigían que los productos compuestos por opio, como el láudano, fueran recetados por un médico que, posteriormente, debía de ratificar dicha receta, de la cual guardaría una copia el farmacéutico. Nada de esto se le exigió a Ruperto Gutiérrez. Simplemente, el pago de la cantidad estipulada. Debemos entender, por tanto, que no es necesario suponer la existencia de un mercado negro. Cualquiera que tuviera el dinero podía acercarse a una farmacia y pedir el medicamento que deseara. La ley, como tantas otras, simplemente no se cumplía. Obviamente, los farmacéuticos no eran los únicos que vendían medicamentos. Médicos y personas sin preparación creaban remedios de todo tipo, en un mercado paralelo al oficial. También es cierto que los mismos

²⁶⁷ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Ruperto Gutiérrez a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

²⁶⁸ AHN, leg. 1487/11.

boticarios y farmacéuticos solían preparar remedios secretos contra todo tipo de enfermedades, especialmente el cólera, que no estaban sancionados por médico alguno ni por el Estado²⁶⁹. No parece, sin embargo, que este fuera el caso. Nos encontramos, simplemente, ante un incumplimiento de la ley, que debía ser bastante generalizado, y que implica una elevada facilidad de acceso al medicamento por parte de la población. No obstante, esto sigue sin resolver el problema sobre cuán conocido era el láudano en la sociedad española, si bien nos permite suponer que, para aquel que lo conociera, no era nada difícil conseguirlo.

Otro elemento a tomar en consideración es el precio, ¿cuánto podía costar una onza de láudano? En la *Tarifa General Farmacéutica* del Dr. Manuel Jiménez, impresa en el año 1838, se indica que el precio de una onza de vino de opio compuesto debía ser de tres reales²⁷⁰, mientras que la *Tarifa del Ilustre Colegio de Madrid*, del año 81, indica que el precio para 25 gramos de láudano de Sydenham era de 3'75 pesetas²⁷¹. No se trataba, precisamente, de un medicamento barato. Debemos tener en cuenta que el precio de, por ejemplo, un litro de aceite en el mes de mayo de 1890 en Madrid era de 1 peseta y un céntimo, y que un kilo de carne de vaca, en ese mismo mes, costaba 1 peseta con 41 céntimos²⁷². Por otra parte, el jornal de, por ejemplo, un oficial albañil en Madrid rondaba las cuatro pesetas en esa época, y un trapero cobraba alrededor de una peseta y sesenta céntimos²⁷³. Vemos, por tanto, que se trataba de una cantidad considerable, mucho más para alguien que, como Calero, no tenía una fuente de ingresos. Gastar una cantidad con la que se podían comprar dos kilos de carne de vacuno y un litro de aceite se nos

²⁶⁹ Folch Jou y Puerto Sarmiento, "Diversos aspectos relacionados con el medicamento y su dispensación en las boticas madrileñas durante las epidemias coléricas del siglo XIX," 131 y 34-41.

²⁷⁰ Manuel Jimenez, *Tarifa General Farmaceutica ó método general, facil y sencillo de tasar recetas, Que contiene los precios de...* (Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz, 1838), 97.

²⁷¹ Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Madrid, *Tarifa del Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Madrid para la Tasación de Medicamentos*. (Madrid: Gregorio Juste, 1881), 44.

²⁷² *Gazeta de Madrid*, num. 223, 11 de Agosto de 1890, p. 468. Se puede consultar la colección de la *Gazeta de Madrid* en la siguiente dirección web del ministerio de la presidencia (fecha de consulta: 26/03/2008): http://www.boe.es/g/es/bases_datos/gazeta.php

²⁷³ André Barthe et Barthe, *Le salaire des Ouvriers en Espagne*. (Madrid: s.e., 1896), 16 y 23.

antoja demasiado, y sin embargo, esto es lo que parecen indicar los datos. Calero se gastó mucho dinero, y eso debería decirnos algo.

Se nos antoja necesario, en este punto, formular una nueva pregunta: ¿Tenía el láudano un uso común en la vida cotidiana? No se trata de una pregunta gratuita, lo que intentamos dilucidar es hasta qué punto Juan José Calero era consciente de qué era el láudano y de que podía causarle la muerte, es decir, saber si pudo utilizar conscientemente el láudano para suicidarse. Como hemos visto, sí era común su empleo en el tratamiento de enfermedades bastantes extendidas, como el cólera, con lo cual, evidentemente, no debía resultar desconocida para la población española de la época. Sabemos, por ejemplo, que Pío Baroja administraba a su madre el láudano que le habían recetado para mejorar su enfermedad²⁷⁴, pero, ¿era algo tan común en la España del XIX? Los ejemplos de productos comerciales que hemos presentado pertenecen en su totalidad a la cultura anglosajona, donde el empleo de láudano para usos medicinales estaba bastante extendido. Y este uso extendido hacía que todo el mundo fuera consciente de sus riesgos... o de sus posibilidades: el número de envenenamientos por láudano en Inglaterra en 1839 fue de 131 casos, sólo inferior a los 181 casos de envenenamiento por arsénico y muy lejos de los 42 casos provocados por el ácido sulfúrico, tercero en la lista. Ese mismo año, 186 niños fueron envenenados, a conciencia o no, por sus madres utilizando láudano u opio²⁷⁵. Sin embargo, no nos es posible detectar esa familiaridad en la España del XIX:

²⁷⁴ Ángel Martínez Salazar, "Pío Baroja tras las huellas de su apellido," *Sancho el Sabio*, no. 15 (2001): 151.

²⁷⁵ J.O., "Toxicología. Estadística de los casos de envenenamiento que han sido averiguados en Inglaterra en todo el año 1839," *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Serie, no. 15 (1840). También está documentado el empleo del láudano en otras actividades criminales. Asbury nos cuenta la historia del gángster Albert E. Hicks, condenado a muerte por asesinar a todos los miembros de la tripulación de un balandro en 1860. Hicks había sido embarcado en dicho balandro contra su voluntad. Tras una noche de juerga, Hicks decidió pasar la noche en una de las numerosas pensiones de la calle Water, en Nueva York. Una vez allí, el dueño de la pensión lo engañó para que bebiera una elevada dosis de láudano, que lo mantuvo inconsciente mientras era llevado al barco y enrolado contra su voluntad. Este tipo de secuestro era muy frecuente en el Nueva York de mediados del siglo XIX. Cfr. Herbert Asbury, *Gangs de Nueva York. Bandas y bandidos en la Gran*

[...] las clases indigentes [...] no tienen en España por lo regular ningún conocimiento de las sustancias venenosas más activas.²⁷⁶

Hay un segundo dato en el testimonio de Ruperto Gutiérrez, comentado más arriba, que nos puede ayudar. Se trata de su desconocimiento de los efectos del láudano. Ruperto Gutiérrez le pregunta al farmacéutico por el medicamento porque desconoce para qué puede usarse. Gutiérrez vivía en Madrid²⁷⁷ durante la anteriormente mencionada “guerra del láudano”, y sabemos por su petición de ingreso que sufría “*dolores nerviosos*”²⁷⁸. No deja de resultar curioso que un habitante de la capital aquejado de dolores, y que ha estado casi cinco años internado en el Hospital de Incurables, no conozca el láudano. Esto nos empuja a creer que, pese a lo dicho, y a diferencia de los países anglosajones, el uso del láudano por parte de la población española no era algo tan extendido. Si a estos testimonios unimos su elevado precio, podemos concluir que, como mínimo, el conocimiento de sus propiedades no era común entre los sectores más desfavorecidos de la sociedad de su tiempo, precisamente aquellos que iban a acabar sus días en el Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen. Aquellos como Calero.

Y sin embargo, Calero sí conocía el láudano y, muy probablemente, sus cualidades. Debemos suponer como hipótesis más probable que su primer contacto con el medicamento viniera de mano de algún médico, o tal vez durante las recurrentes epidemias de cólera. Tal vez hubiera recibido tratamiento anteriormente en el Hospital, tratamiento que había sido suspendido, aunque los listados de farmacia estudiados anteriormente parecen descartar tal opción, dada la total ausencia del láudano en los mismos. ¿Sabía Juan José Calero que la ingestión de una cantidad elevada de láudano podía causarle la muerte? A raíz del testimonio del enfermo Ruperto Gutiérrez podemos suponer, con bastante seguridad, que Juan José Calero

Manzana (1800 - 1925). (Barcelona: Edhasa, 2003; primera edición, 1927), 109-19.

²⁷⁶ J.O., "Toxicología. Estadística de los casos de envenenamiento que han sido averiguados en Inglaterra en todo el año 1839," 117.

²⁷⁷ AHN, leg. 1487/11.

²⁷⁸ AHN, leg. 1487/11.

tenía conocimiento de los efectos nocivos del láudano, si no con anterioridad, sí al menos tras el intento de compra por parte de dicho enfermo. Es de suponer que el compañero de Calero le comentó lo que el farmacéutico le había dicho sobre el láudano, como justificación al hecho de no comprarlo. El panorama, por tanto, en vez de aclararse se complica. Hemos visto que el láudano, pese a tratarse de una sustancia “heroica” (es decir, mortal en dosis elevadas) podía comprarse de forma bastante sencilla. Suponemos, sin embargo, que el uso del láudano como analgésico no estaba tan extendido en España como lo estaba en Gran Bretaña o Estados Unidos, donde se llegaba a administrar a los niños de meses, tal vez debido a su elevado precio. Hemos podido intuir, por tanto, que Juan José Calero, del que nada sabemos, posiblemente conoció los efectos del láudano en un hospital, bien en el Nuestra Señora del Carmen, bien en otro, o, en todo caso, en el ámbito de la relación paciente – enfermo. Podemos afirmar que, al menos desde el intento de compra de Ruperto Gutiérrez, Calero conocía los peligros del medicamento. Por otra parte, hemos visto que el precio de una onza de láudano era bastante elevado, sobre todo teniendo en cuenta la situación de Calero. Debemos suponer, por tanto, que si Calero invirtió tal cantidad de dinero en comprar una medicina, era consciente de su utilidad y, muy posiblemente, de sus peligros. En todo caso, nada de esto contesta a la pregunta que se planteaba al inicio del presente escrito: ¿se suicidó Calero o, deslizamos una nueva posibilidad, se trató de una sobredosis accidental?

Antes de responder a esta pregunta, intentaremos responder, por fin, a la que abría el presente apartado: ¿Cómo murió Calero? Si las investigaciones realizadas a partir de este incidente no nos permiten hacernos una idea de cómo fue su muerte, sí que podemos hacerlo atendiendo a otro documento. El treinta de noviembre de 1896 apareció publicado en el *New York Times* un artículo titulado *Él describió su muerte*. El día anterior, 29 de noviembre, en un hotel de Chicago, tras destruir concienzudamente toda pista que pudiera conducir a su identificación, un hombre tomó una onza de láudano, cantidad similar a la que, al parecer, había tomado Juan José Calero. El desconocido medía 1,52 m y pesaba 68 kilos. Una onza de láudano fue mortal. Mientras estuvo consciente, el desconocido tomó nota de los efectos que se le iban presentando. No es descabellado pensar que el desconocido y

nuestro enfermo pudieron sufrir efectos parecidos. Reproducimos, a continuación, las notas tomadas por el desconocido de Chicago:

To M.D.:

Drank one ounce of laudanum. After five minutes feel little or no pain. Heart action now pronounced. A slight pain in stomach.

Note – My stomach is very weak, having suffered for years for acute dyspepsia.

Ten minutes – Condition about the same. Pulse rapid, and pains in wrists, and slight pain in region of heart. Hand trembles. A feeling of drowsiness coming on. Sort of a feeling of intoxication, accompanied by slight fever.

Twenty minutes – Pain increasing. A slight perspiration started. Am getting sleepy. Have a sort of numb feeling and *no pain*.²⁷⁹

Como ya suponíamos, la principal sensación es la ausencia de dolor, acompañado por otros síntomas propios de la intoxicación. Pero el efecto más prominente, con el que acaba el texto, es la ausencia de dolor. ¿Podía ser eso lo que buscaba Calero? ¿Una desaparición del dolor, ya fuera permanente o temporal? ¿Era su intención desde el principio acabar con el dolor producido por su – para nosotros desconocida – enfermedad y que no era convenientemente tratada en el Hospital? Si tal fuera el caso, nuestra suposición de que la sobredosis de Calero fue accidental tal vez no sea tan descabellada. Si, efectivamente, Calero empleaba el láudano para paliar su dolor, muy probablemente no fuera esta la primera vez que tomaba el medicamento. Un nuevo panorama se despliega ante nosotros, uno muy distinto del que imaginamos hasta el momento. En él, Calero se convierte en un consumidor habitual de láudano, con el cual se automedica para paliar un dolor que no era tratado por los médicos del hospital, algo que, como hemos comprobado, no resulta nada extraño. Abundaremos en esta dirección en el siguiente apartado del texto²⁸⁰.

²⁷⁹ NYT, "He described his death," *New York Times*, 30/11/1896.

²⁸⁰ Se puede complementar esta descripción con Marcet (Alexander Marcet, "An Account of the Effects produced by a Large Quantity of Laudanum Taken Internally, and of the Means Used to Counteract this Effects," *Medico Chirurgical Transactions* 1(1809).), en la que se describe una sobredosis de láudano desde el punto de vista del médico. Más útil que este a la hora de determinar

el posible tratamiento común a una sobredosis es el texto de Erischne (Erischne, "Observación de un caso de envenenamiento por el opio, combatido con el mayor éxito por medio de la electricidad," *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Serie, no. 74 (1842).), algo más próximo que el de Marcet a la fecha de nuestro suceso. En el texto de Erischne se describe cómo primero se hace vomitar a la suicida, luego se le administra café, con aguardiente y amoniaco, se le aplican friegas de agua fría, etc. En el formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales (Escalada et al., *Nuevo Formulario Médico-Quirúrgico de los Hospital Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid*) encontramos una tabla anexa al volumen en la que se describe cómo tratar casos de envenenamiento por varias sustancias, entre las que encontramos el opio. En este caso, el tratamiento no es muy distinto a los anteriores: provocar el vómito utilizando un emético, aplicar lavativas de agua de jabón o sal disuelta en agua, un purgante tras cesar el vómito y, para finalizar, bebidas aciduladas. El suicidio con láudano no era un hecho infrecuente, ver por ejemplo *NYT* 30 de Julio de 1910, p. 5, o *NYT* 9 de Enero de 1906, p. 1. Puede resultar interesante realizar una búsqueda en los archivos del *New York Times* de la palabra "laudanum". Aparecen 1.972 resultados, la mayoría relacionados con intentos de suicidio. La dirección de la página web del archivo es: www.nytimes.com/ref/membercenter/nytarchive.html

5.- “Un medicamento dulce”

Hemos planteado una nueva posibilidad, que contradice la versión de los hechos aceptada por sus contemporáneos y manifestada por el breve publicado en *La Iberia*. Esta posibilidad, que Calero no se suicidara, sino que sufriera una sobredosis accidental, se basa, hasta el momento, tan sólo en la exposición de las condiciones de vida de Calero en el Hospital de Incurables, unas condiciones que tal vez también justifiquen el suicidio, pero que, evidentemente, no excluyen ninguna otra posibilidad, mucho menos la que nosotros defendemos. Esta posibilidad puede resumirse en cinco puntos, que pasamos a enumerar brevemente: (1) Juan José Calero sufría una enfermedad incurable, uno de cuyos síntomas más destacables era un dolor que podía llegar a ser insoportable; (2) esa enfermedad no era adecuadamente tratada por el cuerpo facultativo del hospital, principalmente el dolor, que no era atenuado de ninguna manera o, si acaso, sólo empleando medios insuficientes; (3) ante tal situación, el enfermo se automedicaba contra el dolor, utilizando para ello el láudano, una medicina de la que conocía sus valores analgésicos así como sus peligros; (4) los días anteriores al 29 de mayo Juan José Calero no pudo disponer de láudano para continuar su automedicación; (5) la noche del 29 al 30 de mayo, tras conseguir por fin su medicina y acechado por terribles dolores, tomó, de forma involuntaria, la cantidad suficiente para que fuera letal.

De los cinco puntos planteados, los dos primeros tal vez sean los que primero podemos asumir sin mucha dificultad. Tal y como hemos visto a lo largo del presente texto, el dolor era el síntoma que más veces era citado por los enfermos que pedían su ingreso en el hospital: hasta el 34% de los solicitantes afirman sufrir dolor. Este dolor, en muchos casos, era de origen reumático (20%), pero otras enfermedades diagnosticadas también se caracterizan por contar con el dolor entre sus síntomas²⁸¹: hernias (13%), catarro pulmonar (15%)²⁸², etc. No es difícil,

²⁸¹ Cfr. la sección titulada *Síntomas, enfermedades*.

²⁸² Obviamente, no todos los dolores son de la misma intensidad. En el caso del catarro pulmonar, por ejemplo, hablamos de un “*dolor vago en el pecho*”, nada que ver con el dolor lancinante de un reumatismo, cfr. J. Gardoqui, *Tratado de las enfermedades de los órganos que componen el aparato respiratorio*. (Cadiz: Librería de Ferros, 1835), 428.

por tanto, acordar que la enfermedad que sufría Calero, y que desconocemos, muy probablemente le produciría dolor. Por otra parte, tal y como hemos visto más arriba, los tratamientos aplicados a los enfermos crónicos e incurables en el siglo XIX fracasaban casi completamente al tratar de hacer disminuir ese dolor. Incluso en casos, como el señalado en la página 113, en que se empleaba morfina con la expresa finalidad de hacer soportable el dolor, el enfermo seguía sufriendo. Podemos, por tanto, conceder que el dolor que sufría Calero – una vez aceptado el punto anterior – no era tratado adecuadamente en el hospital.

El tercer punto de nuestra lista, y el primero que debemos tratar con cuidado, es el relativo a la automedicación. Este punto se compone, a su vez, de dos partes: la primera, que Calero se automedicaba. La segunda, que utilizaba el láudano para ello. En cuanto al uso del láudano, sabemos positivamente que este medicamento era utilizado por Calero, no en vano fue el que le causó la muerte. También hemos inferido que conocía las propiedades del láudano en cuanto analgésico y, muy probablemente, sus peligros. Quedaría, por tanto, por probar el uso reiterado del láudano como automedicación. Para ello, deberíamos encontrar evidencias de que el uso hecho por Calero el día de su muerte no fue accidental, sino que con anterioridad había utilizado el fármaco. Una vez llegados a ese punto, no nos importará si el uso era debido al dolor o cualquier otro motivo. En todo caso, podremos considerar bastante probable que ese fuera el fin para el que lo empleaba, por mucho que no podamos saberlo positivamente. Podía haberlo usado para cortar una diarrea, o tal vez fuera un adicto. Sin embargo, la posibilidad de que su objetivo fuera paliar su dolor se ve reforzada por el testimonio de dos de sus compañeros de habitación, que afirman que el estado de Calero era “desesperado”:

Acto continuo compareció Julian Reñones que ocupa la cama diez y siete Sala del Carmen y preguntandole si sabia como pudo proporcionarse Calero el laudano dijo: que ignoraba el contenido de la pregunta sin que sepa como antecedente otra cosa sino que *a efecto de su enfermedad estaba en estado desesperado*.²⁸³

²⁸³ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Julián Reñones a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación. La cursiva es nuestra. El otro compañero que afirma que el estado de Calero era “desesperado” es Braulio Cantero, que afirma “[...]que el Calero estaba en un estado grave de

Si, como hemos supuesto, el dolor era uno de los síntomas de su enfermedad, muy posiblemente ese “estado de desesperación” fuera producido por él, algo que se sostiene por el empleo del láudano como remedio escogido. Por otra parte, también nos es posible sostener que Calero había utilizado el láudano con anterioridad al menos en una ocasión:

[...] que el frasco que parece haber contenido el laudano lo tenia ya hace dias vacio y tumbado en el cajon de la mesilla de noche donde lo vio ayer a medio dia y que esta mañana al hacer la limpieza a las cuatro y media de la mañana lo encontró sobre dicha mesilla y con unas gotas que el declarante creyó ser de cerveza por acostumbrar el enfermo a tomar esta bebida que tenia mandada por los facultativos.²⁸⁴

La declaración del enfermero, afirmando que en el escritorio de Calero había encontrado días antes un recipiente igual al que contenía el láudano, no es, obviamente, definitiva: puede que se tratara de un frasco similar que contuviese otro medicamento. Sin embargo, el enfermero debía estar, sin lugar a dudas, familiarizado con las prescripciones recetadas a Calero –eso se desprende de su declaración–, por lo que de tratarse de una medicina que este tomase de forma habitual, es muy probable que el enfermero hubiera reconocido el recipiente. Así pues, es muy factible que el frasco vacío que vio el enfermero en la mesita de Calero fuera, efectivamente, otro frasco de láudano, usado anteriormente y ya vacío. El frasco, precisamente, que Calero estaba intentando sustituir. Esta interpretación es tan consistente con los hechos como la anterior, puede que incluso más, si tomamos en cuenta ese “estado de desesperación” de Calero, que le habría empujado a buscar el consuelo del láudano. Acordemos, por tanto, la viabilidad de este tercer punto: Calero empleaba el láudano para paliar el dolor producido por su enfermedad, un dolor que lo tenía en “*estado desesperado*”.

Este último dato sobre el frasco vacío nos lleva a tratar directamente con el cuarto punto, esto es: Calero no había dispuesto de láudano durante un periodo anterior al día treinta y posterior, añadimos ahora, a que se le acabara el anterior frasco.

desesperación [...]”.

²⁸⁴ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de José Capdevila, mozo enfermero, a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

Sabemos que Juan José Calero había intentado convencer a Ruperto Gutiérrez de que le comprara el láudano²⁸⁵, y también sabemos, por la declaración de otro enfermo, que el día en que Ruperto se negó a traer el láudano fue el domingo anterior²⁸⁶. Si tenemos en cuenta que el día 29 fue viernes, podemos afirmar que Calero había estado como mínimo cinco días sin láudano, eso sin contar que, como dijo Ruperto, ya habían pasado algunos días desde que Calero le pidió que se lo comprara²⁸⁷. Calero debía de estar desesperado ya el mismo domingo, puesto que, tras recibir la negativa de Ruperto, pidió un permiso para salir que le fue denegado, con *“el propósito [...] de comprar el laudano”*²⁸⁸. También debemos descartar que alguien externo al hospital se lo diera entre ambas fechas, pues no recibió visitas hasta ese mismo día 29, jueves, día de puertas abiertas, en el que recibió dos:

[...] que ayer le visitó su sobrina y que estuvo además a ver a el Calero Don Pedro Abades antiguo empleado de la casa de Osuna y compañero de Calero con su señora [...]²⁸⁹

De ambas visitas, la que posiblemente introdujera el láudano fuera su sobrina *“[...] la cual salió y volvió a la media hora [...]”*²⁹⁰. Así pues, podemos acordar que, tras casi una semana sin poder tomar la droga, Calero aprovechó la visita de su sobrina para que ella adquiriera el láudano y lo introdujera en el hospital la tarde del jueves 29.

²⁸⁵ Cfr. supra, p. 128-129.

²⁸⁶ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Braulio Cantero a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación: “[...] que solo sabe que el Calero [...] havia enterado a su compañero Ruperto le entregara el laudano cosa que este parece no hizo [...] domingo pasado en que Ruperto se negó a traerle el láudano [...]”.

²⁸⁷ “[...] hace dias le encargo el Calero preguntara que costaba una onza de laudano [...] y dias despues, le mando por dicha sustancia [...]”, AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Ruperto Gutiérrez a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

²⁸⁸ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Julián Reñones a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

²⁸⁹ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Pedro Galo Montero a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

²⁹⁰ AHN, Legajo: 1491/37, Declaración de Antonio García, celador, a Felipe Bances, encargado del Expediente de Averiguación.

Llegamos así al quinto y último punto en que hemos dividido nuestra suposición: Calero, que sufría fuertes dolores, y tras casi una semana sin poder tomar el láudano que empleaba como calmante, ingirió una dosis mortal, en su intento de mitigar su sufrimiento. Ahora bien, este último punto es totalmente indemostrable. La acumulación de testimonios y datos parecen empujarnos en esta dirección, pero los mismos testimonios y datos sirven para sostener la tesis contraria, e incluso otras paralelas (como, por ejemplo, que Calero en realidad era adicto al láudano). Ciertamente es que, si hubiera querido suicidarse, muy probablemente no hubiera esperado tanto tiempo. Pero no es nada definitivo, pues puede ser que Calero estuviera totalmente inmovilizado e incapaz de suicidarse de otra forma. Es cierto que hay otros datos que podrían apoyar la hipótesis de la sobredosis accidental más que la del suicidio. Así, parece ser que Calero ofreció a varios de sus compañeros que compartieran su medicina²⁹¹, ¿qué clase de suicida hace eso? No por motivos morales, sino por una simple cuestión práctica: si su objetivo era envenenarse empleando la droga, al compartirla se arriesgaba a que no quedase la cantidad suficiente para cumplir con su objetivo. Pero datos como este no son definitivos. Debemos tener en cuenta, también, que el suicidio no era extraño en el Hospital de Incurables, si bien los métodos empleados eran, por lo general, bastante más expeditivos:

En el pasillo denominado de la Bomba, del Hospital de Incurables, se oyó ayer tarde una detonación de arma de fuego [...] Al pie de la pared se hallaba tendido en el suelo, y arrojando gran cantidad de sangre por la boca, un anciano de setenta y cuatro años, llamado Antonio Borrás Pradero, asilado en aquel establecimiento benéfico.²⁹²

¿Cómo extrañarnos, después de lo que hemos ido describiendo a lo largo del texto, de que algunos internos prefirieran quitarse la vida? No podríamos. De la misma forma que tampoco podemos extrañarnos de que otros prefirieran automedicarse, o escapar aprovechando el viaje a tomar los baños a Trillo e irse a morir a otra parte. No podemos extrañarnos, y por eso tampoco podemos descartar que Calero

²⁹¹ Dos de sus compañeros – Modesto Agredo y Cándido Velázquez – afirman que aquella noche “[...] el Calero le dio a probar un medicamento dulce [...]”.

²⁹² *La Iberia*, 17/04/1890, p. 2. Eugenio Bermejo, otro interno, prefirió por su parte, cuatro años más tarde, arrojarse desde el coro de la iglesia, cfr. *El Imparcial*, 16/10/1894, p. 2.

se suicidara ni, para el caso, de que se tratara de un accidente. En realidad poco importa que hiciera una cosa u otra. Los motivos que tendría para suicidarse serían los mismos que para drogarse. Tal vez más graves. O tal vez él era más débil. O más lúcido. Cada uno que escoja la opción que prefiera siempre que lo entienda. Siempre que entienda por qué Calero tomó una de estas dos opciones. Ya que si el lector lo entiende, será porque, de alguna manera, habrá comprendido la experiencia de Calero con su enfermedad. Y ese era, precisamente, nuestro objetivo.

Aquella noche Calero se acostó con el sabor salado y rancio de la sopa de la cena aún rondándole el paladar, llenando su boca y calentando su estómago. La Hermana de la Caridad acababa de irse apagando la luces de la habitación. Una sensación de bienestar, producto, sin duda, del hecho de tener las tripas llenas y el cuerpo caliente bajo las mantas del camastro, le embargó y, poco a poco, se fue dejando llevar hacia el sueño.

De repente, despertó. Era de noche fuera. Tal vez las tres o las cuatro de la mañana. A su lado, Agredo tosía con una tos ronca y líquida. Al respirar, su pecho silbaba y se levantaba trabajosamente, para luego volver a hundirse. Pero no era eso lo que lo había despertado, sino el dolor, punzante, intenso, insoportable, que empezaba en sus rodillas y bajaba por la pierna hasta sus tobillos y sus pies deformados. Intentó moverse, acomodarse en la cama, recostarse sobre el lado izquierdo, pues en esa postura el dolor solía menguar hasta convertirse en un runrún sordo que, pese a seguir ahí, era, al menos, soportable. Pero esta vez fue peor el remedio que la enfermedad. Al girarse el dolor no sólo no menguó, sino que ahora, además, subió por sus muslos hasta alcanzar las caderas. Calero mordió la almohada para no gritar. Al otro lado, Cándido dejó escapar un gemido. Calero alargó la mano hasta la mesilla que se encontraba entre ambos y, abriendo el cajón, sacó el frasco que guardaba celosamente. Por suerte, esta misma tarde su sobrina había podido comprarle una onza de su medicina. La única que, al menos durante un rato, le

permitía olvidarse del dolor. Llevaba una semana sin apenas dormir por el dolor, desde que se le acabó el anterior frasco. Esta noche, por fin, podría descansar.

Quitó el precinto de cera, sacó el tapón, y, llevándose el gollete de la botella a la boca, dio un largo trago. Sintió el dulzor de la medicina y el ligero sabor a especias... miró a Cándido, que lo miraba a su vez en la penumbra de la habitación, y dejándose llevar por una generosidad que no era normal ni en él ni en ninguno de los internos cuando se trataba de medicinas, le ofreció un trago. Cándido, remiso, se acercó la botella a los labios y sorbió ligeramente. “Está bueno”, dijo. Al otro lado Agredo le pidió también, a ver si la medicina le calmaba la tos. También él tomó y Calero, tras recibir la botella de su compañero, la tapó y la dejó en la mesita. Girándose de nuevo, se dispuso a dormir.

Pero al poco rato volvió a despertar. El dolor había vuelto y le hacía rabiar. No había tomado suficiente medicina. Convencido de que esa era la causa de que el dolor hubiera vuelto, abrió otra vez la botella y dio otro trago largo, profundo, desesperado, hasta acabar con su contenido. Dejó la botella al lado. El pequeño frasco cayó sobre sí mismo y rodó por la mesilla. Unas gotas del líquido dulzón cayeron en la madera, mientras un ligero hormigueo estremecía a Calero. Se iniciaba en su estómago y continuaba hasta alcanzar su pecho. Se sintió adormecer. Al poco, el dolor había desaparecido, y, en suspiro quedo, exclamó: “Bien ha obrado la medicina”.

6.- Conclusiones

I

La primera conclusión que cabe extraer del presente texto no deja de ser la constatación de una asunción previa, una de las hipótesis de partida de nuestra investigación sobre la historia del enfermo terminal: no encontramos en el siglo XIX una figura que podamos identificar con nuestros modernos “terminales”. Al repasar en el apartado dos del texto las diferentes categorías de enfermedad, encontramos enfermos agudos, subagudos, crónicos, incurables, etc., pero no enfermos terminales. No debemos subestimar la importancia de este hecho, pues en tanto que nuestro objetivo es hacer una historia del enfermo terminal, encontrar el espacio en que tal figura pueda surgir se nos antoja fundamental. El análisis de la categorización de la enfermedad vigente en el siglo XIX nos ha mostrado que el lugar más apropiado para que esto ocurra es el de los enfermos incurables, el de los desahuciados. Tal categoría, sin embargo, pese a compartir elementos con aquella, no es idéntica a la de enfermo terminal. Un enfermo terminal es aquel en el que, pese haber recibido el diagnóstico y el tratamiento adecuados, la enfermedad progresa y la muerte es inevitable en un plazo corto de tiempo. Además, ante tal situación, la práctica médica que se aconseja es la de cuidar, no la de curar²⁹³. En el presente texto hemos constatado que en la categoría de enfermo incurable manejada durante el siglo XIX se mezclan enfermos que se corresponden con la primera parte de tal definición junto a ancianos decrepitos, ciegos y enfermos crónicos de diverso tipo (catarros pulmonares, reuma, etc.). No es posible, por tanto, establecer una identidad entre ambas categorías. Sin embargo, sí que ha sido posible identificar el heterogéneo grupo de las enfermedades incurables como aquel en que deberemos buscar el lugar de emergencia de nuestro concepto.

²⁹³ W.D. Rees, S.B. Dover y T.S. Low-Beer, "'Patients with Terminal Cancer' who have neither Terminal Illness nor Cancer," *BMJ* 295, no. 6593 (1987): 318.

En segundo lugar, y desde un punto de vista histórico, nos hemos centrado principalmente en aquellos enfermos incurables que, al tiempo, son “desvalidos”, es decir, en el enfermo pobre. Evidentemente, la elección de la historia de Calero nos empujaba en tal dirección, puesto que en el hospital de incurables de la calle de Atocha no encontraremos ningún burgués ni ningún noble interno. De la misma forma que no los encontraremos ni en el Hospital General ni en el Clínico ni, para qué engañarnos, en ningún otro. Los hospitales, a fines del XIX, siguen siendo el lugar donde van los pobres. Los ricos, o simplemente acomodados, optan por la práctica privada, la atención domiciliaria o, si acaso, el ingreso en sanatorios privados. Pero esto es otra historia. Lo importante es la ausencia de miembros de la clase acomodada en los hospitales, particularmente en el de Nuestra Señora del Carmen, y lo que eso conlleva a la hora de conferir un significado al hecho de estar en el hospital, que, hemos visto, se entiende como una desgracia, como la prueba final de que se morirá pobre, sin recursos y abandonado, y de que tal vez nuestro cuerpo termine abandonado en alguna cuneta²⁹⁴. La experiencia de la enfermedad de tales enfermos, como hemos visto, es la de un infortunio, no sólo por el mero hecho de estar enfermo, sino porque tal enfermedad los incapacita para llevar una vida normal. Cuando el pobre enferma y no puede valerse por sí mismo pasa a depender de otros (su familia, sus vecinos) tan pobres como él, se convierte en una carga, que no siempre se puede soportar. En tales casos, tal vez lo mejor sea terminar en el hospital, pues la otra opción es la calle y la miseria.

Pero si hay un elemento que llama poderosamente la atención en la experiencia del enfermo incurable pobre es el aislamiento. Como hemos visto, el enfermo incurable pobre es apartado prácticamente de la sociedad. Recluido en el hospital, con un régimen de visitas reducido, con las salidas controladas, el enfermo incurable se encuentra, a efectos prácticos, apartado de la vida. Como indica el Reglamento del hospital de mujeres incurables de 1802, “ha entrado en la sepultura”²⁹⁵. Varios son los motivos que explican este aislamiento. En primer lugar, hemos mencionado los médicos. Como sabemos por Durand-Fardel y

²⁹⁴ Tal es el final de uno de los personajes de Pio Baroja, *Aurora Roja*. (Madrid: Alianza Editorial, 2007; primera edición, 1904), 186-88.

²⁹⁵ Cfr. *supra*, p. 100.

Charcot, el cuerpo del anciano enfermo se encuentra inmerso en un proceso de *involución* o *atrofiamiento*, una de cuyas características más sobresalientes es el aislamiento de las partes del cuerpo entre sí. A este aislamiento físico se corresponde uno moral, llamado expresivamente por Durand-Fardel “el silencio de las simpatías”, y uno higiénico, puesto que su delicado estado puede verse afectado por el más leve estímulo del exterior. A estas razones médicas debemos unir las económicas, que hemos mencionado más arriba: el pobre enfermo es una carga, por lo que debe ser recluido para que su mantenimiento no afecte a la economía familiar y, en última instancia, a la del país. La reclusión, además, responde a causas religiosas, ya que es en ese momento cuando el pobre pecador, con la atención de los espíritus benévolos que lo cuidan, puede encontrar la salvación:

Considerado materialmente el pobre, la enfermedad es un mal físico, que tiene para él mucha más gravedad que para el rico; pero considerado como ser moral, puede serle de gran provecho la dolencia que le aqueja. «Con frecuencia, dice San Vicente de Paúl, Dios manda la enfermedad del cuerpo para curar la del alma».²⁹⁶

También son evidentes los motivos políticos de tal aislamiento. El enfermo pobre o está aislado en el hospital o en la calle, y si está en la calle genera un problema de orden público. Para evitar lo segundo, el encierro en la institución es la solución más adecuada. Por otra parte, este proceso de internamiento debe ponerse en contacto con el que, durante el mismo periodo, se lleva a cabo con otros miembros marginales de la sociedad, como delincuentes, enfermos mentales, “niños golfos”, etc., cuya finalidad última no es sino mantener “el cuerpo del Estado” libre de aquellos elementos que pervierten la función de sus partes²⁹⁷. Así pues, el enfermo incurable pobre se encuentra inmerso en un proceso de involución y atrofiamiento

²⁹⁶ Arenal, *El visitador del pobre*, 126. Unas páginas más adelante (128), dice: “[...] la enfermedad puede ser un auxiliar poderoso para corregir al pobre pervertido”. Si hay algo que la burguesía del XIX tiene asumido profundamente es que el pobre es, ante todo, un *pecador*. Ver, a modo de ejemplo, el capítulo tercero de ese mismo libro de Arenal, titulado *¿Qué es el pobre?* Y la respuesta que, según Concepción Arenal, responderá el burgués es la siguiente: “falta a la verdad [...] descuidado [...] imprevisor [...] vicioso [...] ingrato” (pp. 17 – 18).

²⁹⁷ Este proceso es el estudiado por Michel Foucault, *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. (Paris: Gallimard, 1975). También es de utilidad el mencionado Huertas, *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*.

que le separa del mundo de la misma forma que sus órganos se aíslan entre sí, pero también es una carga para la economía familiar –y, en última instancia, nacional–, un pecador que puede ser salvado, un peligro potencial para el Estado, etc. Todas estas consideraciones son las que sustentan la necesidad del encierro del pobre incurable, la necesidad de su aislamiento, en unas instituciones regentadas por el Estado y que pretenden desactivar el peligro potencial que converge en el enfermo pobre, sobre el que a partir del momento en que entra en el hospital se ejerce un profundo control médico, político-burocrático, económico, y religioso. Todas estas consideraciones forman parte de la categoría médica “enfermo incurable” e influyen en la experiencia de la enfermedad de los que caen bajo la misma, conformándola, aunque de esto hablaremos en el punto siguiente. Al tiempo, modelan la experiencia del enfermo que, como hemos visto, es de profunda soledad. Soledad que, apoyada por el dolor, se convierte en desesperanza. Y es la pérdida de esperanza, sostiene Kierkegaard, la única enfermedad mortal²⁹⁸. La soledad es un factor que no puede ser dejado de lado a la hora de analizar la experiencia de estos enfermos, se ha demostrado que la soledad, sobre todo cuando es crónica, tiene importantes repercusiones en la salud del enfermo, así, la soledad genera depresión, ansiedad, neurosis, etc.²⁹⁹, y tiene importantes consecuencias en la construcción de nuestra identidad.

Junto a la soledad, debemos señalar el dolor como otro de los elementos importantes a la hora de comprender esta experiencia. El dolor crónico, tal y como es el que acompaña a muchas de las enfermedades que sufren los enfermos presentados en el texto, es sentido por el enfermo siempre como lo peor de la enfermedad, destacando tanto su permanencia como su continuidad, y señalando especialmente el efecto que tiene sobre su comportamiento: “te desquicia”³⁰⁰. Si a esto unimos la discapacidad que en nuestros enfermos es condición necesaria, el

²⁹⁸ Soren Kierkegaard, *La enfermedad mortal*. (Madrid: Alba, 2005; primera edición, 1849).

²⁹⁹ M. Hojat, "Comparison of Transitory and Chronic Loners on Selected Personality Variables," *British Journal of Psychology*, no. 74 (1983). Se encontrará un excelente estudio sobre el estado de los estudios sobre la soledad en Liesl M. Heinrich y Eleonora Gullone, "The Clinical Significance of Loneliness: A Literature Review," *Clinical Psychology Review*, no. 26 (2006).

³⁰⁰ Marie José Devillard, "Factores orgánicos y sociales en las enfermedades crónicas progresivas," *Arxiu d'etnografia de Catalunya* 7(1989): 75.

impacto que la enfermedad puede llegar a tener en la personalidad del paciente es inmenso, hasta el punto de “dejar de ser personas”³⁰¹, esto es, de valerse por sí mismo para realizar las tareas más simples pero, a la vez, en las que se terminan concentrando los últimos restos de la personalidad madura e independiente, que desaparece al perderse esta capacidad³⁰².

Antes de terminar con este primer punto de las conclusiones, repetiremos, nuevamente, que lo descrito en este texto es la experiencia de la enfermedad incurable de un pobre interno en un hospital de beneficencia, e insistiremos en que tal precisión no es baladí. La diferencia entre clases sociales debe ser remarcada porque también influye en la experiencia que los enfermos pertenecientes a distintas clases tienen de la enfermedad. Debe ser puesta de manifiesto porque también hace variar el significado de la enfermedad. Valga, a título de ejemplo, el caso de Francisco de Borja de Queipo de Llano, conde de Toreno, líder del partido conservador en la década de 1880, presidente del Congreso, alcalde de Madrid, ministro de Fomento. El conde de Toreno murió en febrero de 1890, apenas tres meses antes que Juan José Calero. Murió por las complicaciones de un reuma crónico que venía sufriendo tiempo atrás y que, tras afectar al corazón, llegó a término. Tan sólo unas semanas antes, Francisco de Borja se reunió con la regente, en su calidad de líder conservador, para ser consultado sobre la formación de un nuevo gobierno. Su caso es similar a algunos de los vistos tanto en el hospital para incurables como en el Clínico y, sin embargo, su experiencia de la enfermedad no puede ser más distinta. Su vida pública no se vio restringida por su enfermedad, ni en su faceta política ni social, ni se vio sometido al control que otros, con idéntica dolencia pero peor posición social, sufrieron. El concepto de enfermedad incurable, por tanto, varía para él, así como su experiencia. A la hora de determinar qué es un enfermo incurable en el siglo XIX esta precisión debe ser tomada en cuenta³⁰³.

³⁰¹ Ibid., 78.

³⁰² “[...] comer, ir al servicio y limpiarse, ponerse una compresa, etc. Valerse, así entendido, se presenta como el último rincón de la persona, lo último que no puede perder y por lo que está (o estará) dispuesto a luchar.” Ibid., 79.

³⁰³ Véanse infra, p. 303.

II

Si George Rosen tenía razón hace ya más de medio siglo³⁰⁴, y uno de los futuros posibles (y deseables) de la historia de la medicina radica en el desarrollo de una historia de las emociones que, a partir del estudio del impacto psicológico de la enfermedad en el paciente, condujese a una “historia afectiva de las comunidades”, la historia desde la “perspectiva del paciente” debería haber puesto la “experiencia de enfermar” como centro de su atención. Tal paso, sin embargo, no ha tenido lugar por numerosos motivos, uno de los cuales puede ser, precisamente, el escaso éxito que “la perspectiva del paciente” ha tenido en los estudios históricos de la medicina. De este fracaso da cuenta el texto publicado en 1985 por Porter y que ha terminado por convertirse en seminal³⁰⁵. En este texto, Porter denuncia el abandono por parte de los historiadores de una de las partes de la relación médico-paciente, y reclama la necesidad de incluir a la “parte débil” en la historia, una historia que él mismo califica como “desde abajo” y que debe corregir el sesgo distorsionado de una historia social de la medicina que se había centrado en “el médico”. No es nuestra labor desentrañar la agenda política a la que el texto de Porter responde, pero es imposible olvidar que se publica en medio de la tormenta liberal y conservadora de los 80, pocos años después de que Margaret Thatcher pronunciara su ya famoso “*there is no such a thing as society*”. Las consecuencias que esta desaparición de la sociedad podía tener para el campeón de la historia social de la medicina son fácilmente imaginables³⁰⁶. Más allá de las posibles implicaciones políticas, el texto de Porter es certero al denunciar una historiografía que había desplazado sus intereses desde la figura del “gran médico” a la de “la clase médica” o, como mucho, al llamado “proceso de medicalización”, pero que había abandonado en la cuneta al paciente.

³⁰⁴ Rosen, "People, Disease, and Emotion: Some Newer Problems for Research in Medical History."

³⁰⁵ Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from below."

³⁰⁶ Tres años más tarde se edita en Estados Unidos, donde gobierna la otra figura principal del conservadurismo de los 80, el ya mencionado libro de Kleinman.

El texto de Porter, no obstante, no tuvo como resultado un aumento en la producción de esas “historias desde abajo”, y los pocos ejemplos relevantes que encontramos no son, ni mucho menos, satisfactorios³⁰⁷. Gran parte de esa insatisfacción radica, desde nuestro punto de vista, en los presupuestos teóricos en que esas historias (sociales) se sustentan, y que podemos resumir en dos: por un lado, una concepción de las relaciones de poder esencialmente estructuralista (ejemplificada por ese “desde abajo”)³⁰⁸; por otro, la reafirmación de la división entre componentes objetivos y subjetivos de la experiencia, que dejaría los primeros (las categorías científicas) para las “ciencias”, y los segundos (la “experiencia de enfermar”) para las humanidades³⁰⁹. Se hace necesario, afirma Condrau, una profunda reflexión sobre los conceptos fundamentales de la disciplina.

El presente texto pretende, precisamente, formar parte de esa reflexión, buscando vías para escapar de esos dos presupuestos que han marcado el reciente desarrollo de la historia desde el punto de vista del paciente. Para ello, como se indicó en la introducción, se ha partido de la “ontología histórica” entendida, como dice Michel Foucault (1926-1984), como el estudio de nuestra constitución como sujetos de saber, de poder y morales³¹⁰. Tal y como la entiende Hacking, esta ontología histórica tiene que ver con lo que llama “categorías interactivas”, entendidas como aquellas que son aplicadas sobre seres humanos. Creemos que la utilización del concepto de “categoría interactiva” (entre las que se encuentra, obviamente, la categoría “paciente”), consigue evitar, precisamente, los peligros del enfoque de la historia social de la ciencia, al cambiar, en primer lugar, la concepción de las relaciones de poder entre médico y paciente, que pasan a ser horizontales y refuerzan el papel del paciente, y, en segundo lugar, al evitar la distinción entre objetivo y subjetivo al introducir, en el proceso de construcción de la categoría,

³⁰⁷ Condrau, F. (2007). The Patient's View meets the Clinical Gaze. *Soc Hist Med*, 20 (3), 525 – 540.

³⁰⁸ Roger Cooter, "After Death / After-'Life': The Social History of Medicine in Post-Postmodernity," *Soc Hist Med* 20, no. 3 (2005).

³⁰⁹ Annemarie Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. (Durham & London: Duke University Press, 2002), 33 y ss.

³¹⁰ Michel Foucault, "¿Qué es la Ilustración?," en *Sobre la Ilustración*, ed. Michel Foucault (Madrid: Tecnos, 2004), 95.

toda una suerte de elementos heterogéneos entre los que se incluye, no podía ser de otra forma, la misma idea de “experiencia del paciente”, no como un mero añadido, sino como parte fundamental de la categoría científica “enfermo” (incurable, crónico, terminal, etc.).

Creemos que dicha centralidad de la experiencia del paciente en la constitución de la categoría se muestra a lo largo del proceso de reconstrucción de la posible vivencia de Juan José Calero como enfermo crónico incurable en el Hospital Nuestra Señora del Carmen para enfermos incurables, de Madrid. Como se ha podido comprobar en el texto, a la hora de intentar dar cuenta de una experiencia cuyo contenido nos ha sido negado conocer, es decir, a la hora de intentar entender los motivos que empujaron a Calero bien al suicidio bien a la automedicación (y que radican, entendemos, precisamente en esa experiencia), ha sido necesario introducirnos en el interior de la categoría médica bajo la cual Calero había sido clasificado, en un intento de comprobar cómo dicha experiencia era conformada por la misma. Obviamente, tal constatación no basta para afirmar lo dicho anteriormente, es decir, que la experiencia subjetiva de Calero (o intersubjetiva de los enfermos incurables) forma parte de la categoría. Para afirmar tal cosa es necesario finalizar esa historia del “enfermo terminal” que es el objetivo último de la presente investigación y que se inicia con este caso concreto. No, no es posible afirmar tal cosa, pero sí ser conscientes de la intrincada relación entre categoría y experiencia, que se influyen mutuamente. Precisamente el caso de Calero nos lleva a afirmar que si una historia como la anunciada por Rosen es posible, esta sólo pudo tener sentido a partir del momento en que seamos capaces de entender las categorías como algo dinámico, que cambia con el tiempo, y no sólo a través de la superación de “la insuficiencia de los actuales conocimientos” por parte de la ciencia médica, sino por el papel desempeñado por el paciente a partir de la experiencia de caer bajo dicha categoría.

Este, y otros muchos temas, quedan todavía por desarrollar. Entre ellos podemos contar, en primer lugar, un profunda reflexión sobre la experiencia como el lugar que, dijo James, nos proporciona los únicos materiales con los cuales construir una

imagen del mundo³¹¹. En segundo lugar, la necesidad de entender cómo es posible encajar experiencia individual con experiencia colectiva, es decir, cómo pasamos de lo local a lo general, o, por citar nuevamente a Rosen, cómo pasar del impacto psicológico en el paciente a la “historia afectiva de las comunidades”. Y en tercer lugar, si bien no menos importante, una reflexión sobre cómo debe ser contada una historia de este tipo, una historia cuya mayor virtud, creemos, no debe ser tanto el incremento del conocimiento “objetivo” del posible lector sobre la categoría estudiada, como la comprensión de la experiencia de los pacientes. En esta línea, artículos como el de Phillips apuntando la posibilidad de una “historia sentimental”³¹² o como el trabajo de Stueber sobre el papel de la empatía en la explicación histórica pueden ser de gran importancia³¹³.

Sin embargo, y en lo que respecta a Calero, aquí termina su camino. Lo que pueda pasar después es, como todos sabemos, otra historia.

³¹¹ La cita exacta es la siguiente: “[...] el único material que tenemos a nuestra disposición para crear una imagen completa del mundo lo proporcionan las distintas partes de ese mundo de las cuales ya hemos tenido experiencia”, en William James, *Un universo pluralista. Filosofía de la experiencia*. (Buenos Aires: Cactus, 2009; primera edición, 1909), 16.

³¹² M. S. Phillips, "On the Advantage and Disadvantage of Sentimental History for Life," *History Workshop Journal* 65, no. 1 (2007).

³¹³ Karsten R. Stueber, "The Psychological Basis of Historical Explanation: Reenactment, Simulation, and the Fusion of Horizons," *History and Theory* 41, no. 1 (2002).

SEGUNDA PARTE

1.- “Sumido en la mayor miseria y desconsuelo”. Pacientes incurables y crónicos en la España del siglo XIX

En 1966, George Rosen, entonces presidente de la *“American Association for the History of Medicine”*, inauguró el trigésimo noveno congreso de dicha asociación con una ponencia titulada *“People, Disease and Emotion: some newer problems for research in Medical History”*, en la que proponía a sus colegas un cambio de orientación en la disciplina basado en tres ejes rectores: una historia de la población, una historia de la enfermedad, y una historia de las emociones³¹⁴. De los tres temas propuestos, tanto el primero como el segundo fueron ampliamente desarrollados, si bien no en la forma en que él había pensado³¹⁵. Sin embargo, el tercero de ellos quedaría totalmente desatendido, pese a que ya en ese momento apuntaba, a diferencia de lo ocurrido con los dos anteriores, en la dirección correcta. Rosen señala la importancia de estudiar el impacto psicológico de la enfermedad en el paciente, e indica la relación existente entre esta historia personal y el problema mayor de crear una “historia afectiva” de las comunidades, inspirado, no podía ser de otra manera, por Lucien Febvre (1878-1956) y su texto fundamental de 1940, *“La sensibilité et l’histoire”*³¹⁶, en el que el fundador de

³¹⁴ Rosen, "People, Disease, and Emotion: Some Newer Problems for Research in Medical History," 5-23. Lo que Rosen considera, por ejemplo, una “historia de la enfermedad” y lo que hoy llamamos por ese nombre poco, o nada, tienen que ver. La propuesta de Rosen está anclada en la tradición historiográfica de su tiempo, y por eso no debe extrañarnos que alguno de sus planteamientos nos parezcan poco acertados.

³¹⁵ En lo relativo al primer punto, ver, por ejemplo, Th. McKeown, *The Rise of Modern Population*. (London: Edward Arnold, 1976). Otra perspectiva de estudios de historia de la medicina que trabajen sobre lo que Rosen llama *población* puede encontrarse en aquellos dedicados a la salud pública, ver por ejemplo, W. Coleman, *Death is a Social Disease: Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. (Madison: University of Wisconsin Press, 1982). Sobre historia de la enfermedad, tanto la bibliografía como los enfoques son también numerosos; señalamos a modo de ejemplo: Kellert, "A Sociocultural Concept of Health and Illness ". Lachmund y Stollberg, eds., *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Elizabeth Toon, ""Cancer as the General Population Knows It": Knowledge, Fear, and Lay Education in 1950s Britain," *Bulletin for the History of Medicine* 81, no. 1 (2007).

³¹⁶ Lucien Febvre, "La sensibilité et l’histoire," *Ann. d’Hist Sociale* 2(1940).

Annales pedía a los historiadores una mayor atención a la vida emocional del ser humano. Rosen adapta esta propuesta a la historia de la medicina, si bien, en este caso, la vida emocional que debe ser investigada es la del paciente. Esto implica, obviamente, un nuevo llamamiento, que no se hace explícito pero que se desprende de sus palabras: la necesidad de escribir una historia desde la perspectiva del paciente. Su desafío fue retomado en 1985 por Roy Porter, quien en su artículo "*The Patient's View: Doing Medical History from below*"³¹⁷ denunciaba la distorsión existente en la aproximación centrada en tan sólo una de las partes de la relación médico-paciente, y reivindica la necesidad de una historia que tuviera en cuenta el punto de vista del enfermo. El panorama, veinticuatro años más tarde, no ha cambiado mucho. Las historias sobre la experiencia del paciente no son escasas pero, como ha denunciado Florence Condrau en un artículo reciente, es necesario replantearse algunas de las viejas categorías sobre las que los ejemplos existentes se sustentan, conceptos tales como paciente, conocimiento o enfermedad³¹⁸. Esta necesidad viene dada, tal y como indica Roger Cooter, por la dependencia que la historia planteada por Porter tiene aún con una historia social de la medicina *à l'ancienne*, que entiende las relaciones de poder de forma esencialmente estructuralista:

By the very nature of that opposition, the idea of patient-orientated history of medicine could only reveal more stories about the exercise of power and the reproduction of power relations by the medical profession, including stories of resistance which simply reinforced the same notion of power.³¹⁹

El primer paso para realizar esta historia del paciente, por tanto, debe ser emanciparla de la dicotomía médico-paciente insertándola en un espacio más amplio, para lo cual es necesario, como reclama Condrau, repensar completamente la categoría de "enfermo", convirtiéndola en dinámica, en algo móvil. Tal y como indica Hacking, pensar las categorías (los conceptos) de esta forma implica situarlos en el *on site*, esto es, a pie de obra: en el lugar donde la categoría es

³¹⁷ Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from below."

³¹⁸ Condrau, "The Patient's View Meets the Clinical Gaze."

³¹⁹ Roger Cooter, "After Death / After-'Life': The Social History of Medicine in Post-Postmodernity", 447.

producida/modificada y puesta en funcionamiento. No el espacio vacío de las formas, sino un lugar plagado de grúas, maquinaria pesada, bloques de hormigón, planos manchados de grasa y herramientas. Un espacio, en definitiva, en construcción³²⁰. En este espacio lleno de actividad el concepto es movido y mueve, interactúa con el resto de “cosas” (instituciones, prácticas, objetos materiales, etc.) cambiándolos y cambiando al mismo tiempo, en lo que Hacking llama “nominalismo dinámico”³²¹, y que está en la base de su concepción de “*making up people*”: las categorías aplicadas a personas (aquellas que él llama “categorías interactivas”) modifican las conductas e identidades de aquellos que caen bajo dicha clasificación, lo que implica a su vez un cambio en la definición de la categoría, generándose así un efecto bucle (*looping effect*)³²².

Convertir, por tanto, la categoría de “paciente” en una categoría dinámica implica, en primer lugar, situarla en un contexto histórico más amplio que el de la relación médico-paciente, más incluso que el de la historia del proceso de *medicalización*³²³, un contexto que interactúa con la categoría, modificándola y haciéndola funcionar, pero que al mismo tiempo cambia a causa de ella. En segundo lugar implica aceptar la naturaleza interactiva de la relación entre categoría y categorizado, en proceso de mutua adaptación. Esta concepción –que Hacking siguiendo a Foucault llama ontología histórica–, ofrece un marco cuyo primer efecto es que la caracterización del poder implícita en la centralidad de la relación médico-paciente, y denunciada por Cooter, se disgrega en multitud de direcciones, al multiplicarse, de manera exponencial, los actores, artefactos, prácticas y experiencias involucrados, así como las relaciones existentes entre ellos. Pero no sólo las relaciones de poder se

³²⁰ “Las ideas no existen en el vacío. Habitan dentro de un marco social. Vamos a llamarlo la *matriz* dentro de la cual se forma una idea, un concepto o una clase [...] La matriz en la que se ha formado la idea de la mujer refugiada es un complejo de instituciones, defensores, artículos de periódicos, juristas, decisiones judiciales, actas de inmigración. Por no mencionar la infraestructura material, barreras fronterizas, pasaportes, uniformes [...]”, en Ian Hacking, *¿La construcción social de qué?* (Barcelona: Paidós, 2001; primera edición, 1999), 33.

³²¹ Hacking, *Historical Ontology*, 26.

³²² Ian Hacking, “Kinds of People: Moving Targets,” *Proceedings of the British Academy* 151(2006).

³²³ Florin Condrau, “Who is the Captain of All These Men of Death”: The Social Structure of a Tuberculosis Sanatorium in Postwar Germany,” *Journal of Interdisciplinary History* 32, no. 2 (2001).

ven afectadas, también las nociones de conocimiento y moral son profundamente modificadas por este cambio de orientación³²⁴.

Es en este contexto dinámico en el que una historia desde el punto de vista del paciente puede únicamente tener sentido. No es que arrebate su protagonismo al médico, sino que la idea misma de que exista un protagonista se disuelve en la red de interrelaciones. Una red que, cuando es rastreada, muestra un gran nodo por el que pasan todas las distintas vías: el paciente, que se convierte de esta forma en uno de los puntos de acceso privilegiados. No es, obviamente, el único, como bien nos recuerda Annemarie Mol, pero sí que nos aporta mucha más información de la que se podría llegar a esperar en un principio, desde el momento en que, así entendido, no sólo transmite “su perspectiva”, sino que permite hablar de la “enfermedad en sí”, en tanto que las prácticas (artefactos, experiencias, etc.) que lo rodean (tanto si son ejecutadas por él o por otros) constituyen parte del concepto de enfermedad que se le aplica³²⁵. La visibilidad de esta profunda relación entre ambas categorías sólo es posible en un contexto local o estudio de caso, es decir: la categoría a estudiar es la de “paciente(s) de la enfermedad X”, donde la “X” forma parte del contenido de la categoría. Al descender a este nivel, el estudio de la categoría interactiva “paciente” implica el estudio de la categoría interactiva “enfermedad X”, o lo que es lo mismo, el estudio de los elementos que tradicionalmente se han considerado exclusivos de la medicina. Al mismo tiempo permite afirmar la necesidad de incluir en el contenido de la categoría

³²⁴ “... la ontología histórica de nosotros mismos... responderá a la sistematización siguiente: cómo nos hemos constituido a nosotros mismos como sujetos de nuestro saber; cómo nos hemos constituido como sujetos que ejercen o padecen relaciones de poder; cómo nos hemos constituido como sujetos morales de nuestras acciones”, Foucault, “¿Qué es Ilustración?”, 95.

³²⁵ Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, 7-13. Compartimos plenamente el esfuerzo de Annemarie Mol por evitar los peligros del perspectivismo. Si bien la división entre *disease*, *illness* y *sickness* es útil en tanto que herramienta de análisis, como contraparte parece indicar tres categorías separadas por férreos telones de acero que les impiden compartir contenido. Como se tratará de mostrar en el texto, esto no es así, y las fronteras entre ellas son mucho más difusas de lo que podría parecer. Sobre la diferencia entre estas tres categorías, ver Kleinman, *Suffering, Healing and the Human Condition*. Una crítica de esta corriente de la antropología de la enfermedad en Allan Young, “The Anthropologies of Illness and Sickness,” *Annual Review of Anthropology* 11(1982).

“enfermedad X” la experiencia del paciente, no como algo venido desde fuera y ajeno a la misma, sino como parte integrante y fundamental de su significado³²⁶.

El presente capítulo se divide en dos partes. En la primera, se analizará de forma general la categoría interactiva “paciente incurable” en el contexto de la medicina española de finales del siglo XIX, atendiendo a ejemplos concretos. Se empleará para ello un enfoque perspectivista, con la finalidad de contrastar sus méritos pero también sus límites. En la segunda parte se intentará superar este enfoque a partir del estudio de un caso concreto que situaremos en su “on site” y en el que las categorías de “paciente” y “enfermedad” ocuparán el primer plano.

1.1.- Disease, Illness, Sickness

La “perspectiva del médico”

La definición de enfermedad incurable en el siglo XIX es, cuando menos, generosa. Si atendemos a los numerosos diccionarios de medicina publicados en Francia a lo largo del siglo XIX encontramos siempre la misma idea expresada de diversas maneras: una enfermedad incurable es aquella que no se puede curar³²⁷. Cualquier

³²⁶ Se trata, en definitiva, de superar la división entre sujeto y objeto, entre componentes objetivos y subjetivos de la experiencia, que recorre el proyecto moderno y que toma especial fuerza en las ciencias sociales a partir de los años cincuenta del pasado siglo XX, tal y como indica la citada Annemarie Mol (33 y ss.). Otros autores que defienden la necesidad de superar esta división son, por ejemplo, Bruno Latour en su libro de 1991, en el que argumenta que la radical diferencia entre “objeto/objetivo” y “sujeto/subjetivo” sustentada por el proyecto moderno no es más que una ilusión de origen político, cfr. Bruno Latour, *Nous n'avons jamais été modernes - essai d'anthropologie symétrique*. (Paris: La Découverte, 1991). En España, Fernando Broncano también incide en la necesidad de dicha superación, tal y como ha manifestado recientemente en numerosos escritos y charlas, cfr. Fernando Broncano, “Prácticas, representación y experiencia,” (Universidad Carlos III, 2004). Copia digital del texto en:

<http://fbroncanopagina.googlepages.com/papersonline>, fecha de consulta: 12/03/09.

³²⁷ Panckoucke, ed. *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*; Panckoucke, Agasse y Agasse, eds., *Encyclopédie méthodique*; L-J Bégin, *Dictionnaire des termes de médecine, chirurgie, art vétérinaire, pharmacie, histoire naturelle, botanique, physique, chimie, etc.* (Paris: Crevot, Béchet, Baillière, 1823); P. H. Nysten, Emile Littré y Charles Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire de P.-H. Nysten, 12e édition, entièrement refondue*. (Paris: J.-B. Baillière, 1865); Littré y Robin,

intento de encontrar un orden *natural* está condenado al fracaso, de ahí que toda clasificación deba ser artificial: incurables por imperfección del arte médico, por la naturaleza del mal o porque su cura implicaría la aparición de una enfermedad aun más grave³²⁸. Ante tal definición, poco o nada específica, lo único que se puede hacer con la enfermedad incurable es confeccionar listas en las que se recojan todas aquellas que, por una causa u otra de las citadas, no puedan ser curadas. En estas listas convivirá el cáncer con la sífilis, el reuma con la tuberculosis, la hernia con la epilepsia³²⁹.

Aplicar la categoría “enfermedad”, desde el punto de vista del médico, consiste en identificar los síntomas y ordenarlos bajo un criterio clasificatorio, con el objetivo de identificar una *entidad nosológica*, de realizar un diagnóstico y proponer un tratamiento³³⁰. La realización de tal diagnóstico implica la puesta en marcha de un conjunto de prácticas que posibilitarán la curación del paciente. Cuando tal curación no es posible, la entidad nosológica entrará a formar parte de esa lista de “enfermedades incurables”, lista que, desde la perspectiva del médico, constituye el contenido de la categoría “enfermedad incurable”³³¹.

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent.

³²⁸ Panckoucke, ed. *Dictionnaire des sciences médicales*, par une société de médecins et de chirurgiens.

³²⁹ Cfr. Supra, p. 57-58. De ahí que Szabo sostenga que el concepto de enfermedad incurable era “maleable, inclusivo y relativo”, Szabo, *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*, 18.

³³⁰ “Disease is what practitioners have been trained to see through the theoretical lenses of their particular form of practice [...] The healer [...] interprets the health problem within a particular nomenclature and taxonomy, a disease nosology, that creates a new diagnostic entity, an «it» - the disease.” (Kleinman, *Suffering, Healing and the Human Condition*, 5.). La mención de la *entidad nosológica* no implica, obviamente, ninguna imputación de realismo. Se entienda la enfermedad como un ente diferenciado e igual en todas sus manifestaciones o como una colección de síntomas en un paciente concreto y único y, por tanto, variable, siempre estaríamos hablando de la enfermedad desde la perspectiva del médico, esto es, *disease*.

³³¹ Ejemplifica este hecho de forma especialmente afortunada la polémica entre medicina homeopática y halopática, surgida principalmente a partir de la aparición de la obra de Hahnemann, fundador de la homeopatía, sobre enfermedades crónicas en 1832, cfr. supra, p. 57.

C.S., de Saldon (Teruel), de cuarenta y dos años de edad, jornalero [...] Aparato respiratorio.- Se encuentra en él el murmuro respiratorio, conciliado por un ruido de roce hácia la base del pulmón derecho, y á más algunos estertores subcrepitantes; mejor dicho, un ruido vesicular, el cual se percibe en toda la extensión del mismo pulmón. Disnea y expectoración abundante [...]³³²

En el presente texto podemos observar cómo toma forma la enfermedad (*disease*) que sufre C.S., de Saldon, provincia de Teruel, en el momento de realizarse un diagnóstico. La inspección del médico se centra, tras una revisión más superficial del resto, en el aparato respiratorio del paciente. La tarea a realizar consiste en pegar la oreja al pecho o espalda del paciente – o utilizar un fonendoscopio –, y escuchar los ruidos producidos por sus pulmones, que deben luego ser descritos y anotados. En este momento, lo único que llamará la atención del facultativo serán los pulmones del paciente y los ruidos que producen (estertor subcrepitante... no, ruido vesicular), pues será a partir de esos ruidos que será capaz de llamar por su nombre verdadero a la enfermedad, de realizar un diagnóstico. Este proceso sólo es posible merced a un entrenamiento de los sentidos, gracias al que se podrá discernir, entre todos los signos que se presenten a su consideración, aquellos realmente relevantes y que establezcan el objeto buscado, esto es, que identifiquen correctamente la enfermedad³³³. Los elementos que componen la perspectiva del médico de la enfermedad de C.S. son, por tanto, sus pulmones y los ruidos que producen, los aparatos científicos empleados, como el estetoscopio o, en su ausencia, la sensación de la oreja desnuda contra la espalda caliente y sudorosa del enfermo. Pero también una cierta concepción del cuerpo humano (una división en sistemas que permite su análisis independiente) y un conocimiento capaz de convertir esos sonidos en una enfermedad, así como una explicación de cómo se produce esa enfermedad y de cómo debe ser tratada.

³³² VV.AA., *Curso académico de 1881 - 82. Historias clínicas de los enfermos acogidos durante el citado curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid recogidas y publicadas por la Redacción de "El Alumno Médico"*, 80-81.

³³³ Sobre el entrenamiento sensorial en la ciencia y su importancia a la hora de crear objetos científicos, ver Lorraine Daston, "On Scientific Observation," *Isis* 99(2008): 98. También Lorraine Daston y Peter Galison, *Objectivity*. (New York: Zone Books, 2007). Lo interesante para la medicina es que en cada práctica diagnóstica se ejerce ese discernimiento y estabilización que da lugar a la aparición de un nuevo objeto científico: en este caso, la enfermedad de C.S.

Desde el punto de vista del médico, por tanto, la enfermedad es algo que tiene que ver con el cuerpo del paciente como entidad biológica. Tiene que ver con los instrumentos necesarios para percibir los síntomas que ese cuerpo adolece y con los medicamentos y artefactos necesarios para eliminarlos (cantáridas, embrocaciones con tintura de yodo, ácido benzoico, jarabe de ipecuana, etc.), y tiene que ver con su ordenación dentro de un conjunto de conocimientos que explica por qué la enfermedad se produce y cómo puede curarse o, en caso de que sea incurable, por qué lo es³³⁴.

La “perspectiva del paciente”

[...] su cadáver, con hábito de Santiago, fue enterrado en modesto ataúd de madera, cubierto con la muceta de San Isidro, sobre la que estaba colocado el birrete santiaguista, y conducido al cementerio en coche fúnebre de tercera clase, sin coronas ni otros mundanos adornos; pero su entierro fue imponente manifestación de duelo, en la cual figuraban todas las clases sociales, sin distinción de partidos políticos, desde el Gobierno, las Cortes, y la Grandeza de España, hasta los obreros más humildes y los numerosos desgraciados á quien liberalmente socorría el caritativo Conde.³³⁵

³³⁴ Como era, precisamente, el caso de C.S.: “En vista de que su enfermedad no encontraba alivio, y que la vida de hospital en tal estado pudiera perjudicarle, se le aconsejó marchara [...]”, VV.AA., *Curso académico de 1881 - 82. Historias clínicas de los enfermos acogidos durante el citado curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid recogidas y publicadas por la Redacción de "El Alumno Médico"*, 82.

³³⁵ Nuestros grabados. Excmo. Sr. Conde de Toreno (1890, 8 de febrero). *La Ilustración Española y Americana*, p. 75.



Ilustración 19: Entierro del Conde de Toreno. *La Ilustración Española y Americana*. 8 de febrero de 1890

Francisco de Borja Queipo de Llano y Gayoso, VIII Conde de Toreno, Grande de España. Alcalde de Madrid, ministro de Fomento con Cánovas del Castillo, que le dedicó encendidos elogios en un panegírico³³⁶ y, en el momento de su muerte, diputado a Cortes por Cangas de Tineo. Era de conocimiento público que se encontraba enfermo de antiguo, de un reuma que se calificaba de gotoso en la prensa de la época y que no era considerado grave³³⁷. Alentaba esta opinión el hecho de que, en ningún momento, el Conde de Toreno disminuyera su actividad, asistiendo a fiestas de beneficencia, al Congreso, y a las reuniones del Círculo Conservador-Liberal, hasta el punto de que el 16 de enero fue convocado a una audiencia con la Reina para tratar sobre una crisis ministerial³³⁸. Sin embargo, fue

³³⁶ Discurso del señor Cánovas del Castillo, pronunciado el día 9 de Febrero de 1890 en el Círculo Conservador-Liberal de Madrid (1890, 12 de febrero). *La Dinastía*, p. 1.

³³⁷ Los sucesos de ayer (1890, 28 de enero). *El Imparcial*, p. 3.

³³⁸ Nuestros grabados. Excmo. Sr. Conde de Toreno (1890, 8 de febrero). *La Ilustración Española y Americana*, p. 74.

el reuma el que acabó con su vida: *“Víctima de una enfermedad que desde hace tiempo minaba su existencia, el reuma, exacerbado en los últimos días, hasta el punto de hacerse rápidamente mortal, falleció ayer en esta corte, á las dos y media de la tarde [...]”*³³⁹. Fue la suya, por tanto, una vida activa, en el centro de las intrigas políticas y cortesanas. Una vida que la enfermedad crónica que sufría no le impidió, en ningún momento, llevar adelante. Mientras tanto, en otros lugares de la misma ciudad que asistió compungida y asombrada al entierro del Conde de Toreno, otros enfermos tenían experiencias totalmente distintas:

Expone que ha contraído una enfermedad hace 7 años en los cuales ha gastado todos los recursos que tenía en su humilde posesión, y no habiendo podido en este tiempo ganar ni un solo jornal, se encuentra sumido en la mayor miseria y desconsuelo sin esperanza de mejorar, pues una de las hijas de las que tiene se encuentra en el hospital de San Carlos sufriendo la operación de un cáncer en el pecho despues de haber sido cortado uno de ellos.³⁴⁰

Antonio Larrín Buenahora solicitó su ingreso en el Hospital para hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen, de Madrid, el 9 de enero de 1885. El contraste entre ambos textos es manifiesto, en tanto que introducen dos experiencias de enfermar totalmente distintas. Antonio Larrín tiene una enfermedad crónica e incurable, igual que el Conde de Toreno. Sin embargo la enfermedad le impide trabajar, a diferencia de aquel. No se trata solamente de que un Grande de España disponga de mayores recursos y pueda obtener mejores cuidados. El quid de la cuestión radica en que mientras aquel sigue manteniendo su actividad laboral y social, Antonio Larrín no puede. Para un determinado sector de la población, padecer una enfermedad crónica e incurable significaba la imposibilidad de trabajar en un oficio, y por tanto, el entrar en una espiral descendente, conforme se iban acabando sus recursos, que les empujaban a “la mayor miseria y desconsuelo”. Cabría achacar esta diferencia a factores sociales, a lo que, en términos marxistas, llamaríamos “diferencias de clase”. Sin embargo, las diferencias van más allá de una simple consideración económica, pese al considerable peso que esta tiene. Si la perspectiva del paciente, tal y como la define

³³⁹ El Conde de Toreno (1890, 1 de febrero). *La Iberia*, p. 1.

³⁴⁰ AHN, FC, Legajo 1690, expediente de Antonio Larrín y Buenahora.

Kleinman, debe tener en cuenta cómo el paciente convive con las consecuencias de la enfermedad y con la discapacidad que esta le produce³⁴¹, ¿cómo es posible entender tal disparidad de experiencias ante dos situaciones en principio similares? ¿Cómo entender esta diferencia en dos enfermedades que estaban en un grado tan avanzado que terminarían por causar la muerte de ambos paciente en un corto lapso de tiempo? La perspectiva del paciente y la del médico, por tanto, no dan cuenta de todos los elementos que se producen alrededor de la enfermedad, debiendo introducirse un tercer ingrediente que haga referencia a los condicionantes sociales, políticos, económicos, etc., que la rodean, lo que Kleinman llama *sickness*³⁴².

Pero hay otro componente que debe ser resaltado, otra diferencia que tiene que ver con la naturaleza de los documentos que nos transmiten esa experiencia. En un artículo publicado en 1991, Joan Scott nos avisaba del uso acrítico que la historia estaba haciendo del concepto “experiencia”, un uso que pecaba, precisamente, de ahistórico: “[...] *we need to attend to the historical processes that, through discourse, position subjects and produce their experiences. It is not individuals who have experience, but subjects who are constituted through experience*”³⁴³. El aviso de Scott es pertinente cuando nos enfrentamos a estos documentos. Las diferencias entre ambos son, evidentemente, mayores que las señaladas. Uno es un texto periodístico, el otro está extraído de un formulario de petición a la administración. Uno lo escribe un periodista, el otro el enfermo. Uno nos relata un acontecimiento producido a raíz de la muerte del paciente, el otro lo que al paciente le ocurre como consecuencia de su enfermedad. Sin embargo, entendemos que ambos nos transmiten una parte de esa experiencia de enfermar: en un caso, la muerte; en el otro, la pobreza y el desamparo. Ahora bien, ¿hasta qué punto estamos seguros?

³⁴¹ “Illness refers to how the sick person, and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability” (Kleinman, *Suffering, Healing and the Human Condition*, 4.).

³⁴² “[...] *sickness* [...] the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces” (ibid., 6.).

³⁴³ Joan W. Scott, “The Evidence of Experience,” *Critical Inquiry* 17, no. 4 (1991). Quiero dar las gracias a Clara Zarza por esta referencia, así como por las apasionadas discusiones sobre el concepto de experiencia mantenidas en los últimos años.

¿Podemos acercarnos a la experiencia de enfermar del Conde de Toreno a través de las crónicas de su entierro? Es discutible, por supuesto. Pero ni siquiera el testimonio de Antonio Larrín puede escapar a la duda, pues ¿no es su narración una representación ante un público que debe juzgar su idoneidad para ser paciente del Hospital Nuestra Señora del Carmen? La advertencia de Scott resuena en nuestros oídos puesto que señala el hecho de que el problema al que nos enfrentamos no es la recuperación de una posible experiencia privada, sino el análisis de los medios culturales que posibilitan su cristalización a través de procesos que construyen a los sujetos, haciendo surgir en la historia las posibilidades para escoger, para ser³⁴⁴. Las diferencias entre estos textos –junto a otros elementos que discutiremos en el apartado siguiente–, no hacen sino señalar algo que ya intuíamos: Francisco de Borja y Antonio Larrín son dos *tipos* distintos de persona. Es decir, son clasificados atendiendo a *categorías* distintas. Por tanto, las posibilidades a disposición de uno y otro son diametralmente opuestas.

Un deber social moral

La Ley de Beneficencia de 1849 asume que es un deber del Estado atender las necesidades de aquellos que, estando enfermos, no puedan ganarse la vida ni poner los medios necesarios para su curación. Es decir, de aquellos que, además de enfermos, sean pobres. Si bien la ley no especifica qué es ser pobre, sí lo hace el Reglamento para aquellos que quieren ser admitidos en el régimen hospitalario: no tener medios de subsistencia ni familia que pueda cuidarlo, o, en el caso de tener hijos mayores o menores de edad, que estos los tengan abandonados sin causa justificada³⁴⁵. Ser pobre, sin embargo, no es simplemente una cuestión de estadística, sino de valores culturales. El pobre es asociado con una serie de valores negativos que lo definen: el pobre falta a la verdad, es descuidado, imprevisor, vicioso, ingrato. El pobre es, en definitiva, un desgraciado³⁴⁶. Se

³⁴⁴ Hacking, *Historical Ontology*, 23.

³⁴⁵ Gaceta de Madrid, nº. 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Cap. IV, Art. 12 y Art. 18. Cfr. Supra, p. 90.

³⁴⁶ Arenal, *El visitador del pobre*, 17-18. En el capítulo III de esta obra, titulado “¿Qué es el pobre?”, Concepción Arenal define este listado como parte de “nuestro credo en la materia”, credo que ella

encuentra en tal situación, por tanto, por su propia responsabilidad, y para que tenga una mínima oportunidad de salvación (social, religiosa, médica), deberá convertir esos defectos en sus virtudes contrarias. Deberá enmendarse. El deber del Estado, por tanto, será contribuir en la medida de lo posible a que tal enmienda se produzca. Para ello, se recurrirá a la Higiene para organizar la vida de los individuos que, una vez dentro de la institución, pasan a estar bajo su responsabilidad³⁴⁷.

Son las personas como Antonio Larrín las que son objeto de beneficencia, y, por tanto, las que se encuentran sujetas a una determinada estigmatización. Si Antonio Larrín se encuentra en la situación en la que se halla no es porque haya caído enfermo y no pueda trabajar, sino porque, mientras podía trabajar, no hizo bien sus deberes. Fue imprevisor, o vicioso, o descuidado, y por eso, ahora, se encuentra como se encuentra. No como el Conde de Toreno. No se trata aquí, por tanto, de un asunto económico lo que explicaría la diferencia encontrada en las experiencias de estos dos pacientes, sino que es la distancia moral entre uno y otro lo que tiene como resultado situaciones y experiencias distintas. Lo que diferencia la experiencia de enfermar de un Grande de España de, por ejemplo, la de un zapatero de Vallecas es la superioridad moral de aquel. Las bases psicológicas de esta superioridad moral fueron establecidas por Pedro Felipe Monlau (1808-1871), autor del libro de psicología más influyente del XIX en España, utilizado como libro de texto en la enseñanza secundaria³⁴⁸. En este libro, Monlau distingue entre *voluntad* y *yo*³⁴⁹. El *yo*, según Monlau, tiene su base en la voluntad de autoconocimiento, a través de la introspección o *reflexión*, algo que está sólo en posesión de las clases superiores. Una condición previa para esa reflexión era el

pretende desacreditar en ese capítulo.

³⁴⁷ El Reglamento concentra en los capítulos VII, VIII, IX, X y XI los principales puntos relativos a la Higiene, como son la alimentación y el comportamiento en las comidas, las vestimentas de los presos, las prácticas de higiene personal y colectiva, la distribución de las tareas y trabajos, de las salidas, etc., así como a las prácticas morales (religiosas) que deberán atender mientras permanezcan en el centro, cfr. Gaceta de Madrid, nº. 36, 5 de febrero 1885.

³⁴⁸ Monlau y Rey y Heredia, *Curso de Psicología y Lógica*.

³⁴⁹ Ibid., 24.

control de las pasiones³⁵⁰. Los pobres, en tanto que eran incapaces de controlar sus pasiones, estaban incapacitados para lograr el autoconocimiento, y, por lo tanto, incapaces de tener un *yo*. Esta teoría está en la base de la creación del sujeto moderno en España, un sujeto que debe definirse como burgués³⁵¹.

Al introducir esta tercera perspectiva, *sickness*, la “enfermedad” se transforma en algo más complejo, compuesto por elementos de conocimiento científico, consideraciones morales, sentimientos privados y públicos, cuestiones legales, de organización institucional³⁵². Se convierte en una suerte de puente entre las dos primeras perspectivas, que intenta dar cuenta de la complejidad del funcionamiento de las categorías que, con Hacking, hemos llamado interactivas. Sin embargo, su alcance es limitado, en tanto que sigue sosteniendo la separación entre las distintas esferas de la experiencia (objetiva, subjetiva, intersubjetiva), que sólo puede ser salvada mediante un proceso de reasignación de significados y de posibilidades de agencia entre los distintos componentes de la misma: si bien tanto el médico como el paciente se preocupan por el ruido que hacen los pulmones, el significado que confieren a esos ruidos es totalmente diferente en cada caso. Y si bien cada uno de ellos influyen y se ven influidos por la faceta social de la enfermedad, la capacidad de influencia (o de resistencia) de cada uno de ellos es radicalmente diferente. Como se avanzaba en la introducción, la única forma de obviar esta separación entre objetivo/subjetivo consiste en el estudio de las categorías interactivas situadas en su *on site*, esto es: un ejercicio de ontología histórica que se tome totalmente en serio la interactividad entre categorías y categorizados. Al hacer esto nos estaremos centrando en el *proceso cultural* de constitución de las formas, sin conceder prioridad ni a la forma subjetiva ni a la objetiva³⁵³.

³⁵⁰ Ibid., 42.

³⁵¹ Enric J. Novella, "La política del Yo: ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX," *Asclepio* 62, no. 2 (2010).

³⁵² "We are not on purely medical terrain. We are deeply involved in morality." Ian Hacking, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. (Princeton, N.J. ; Chichester: Princeton University Press, 1995), 15.

³⁵³ Daniel Miller, *Material Culture and Mass Consumption*. (Oxford: Blacwell, 1987), 11.

1.2.- ¿Una enfermedad incurable?

En el apartado anterior hemos presentado un proceso de “*making up people*”, que consiste, siguiendo a Hacking, en la creación y aplicación de una categoría científica sobre una serie de individuos. Este proceso tiene, como hemos visto, diversas consecuencias, que hemos analizado siguiendo la distinción de Kleinman entre las perspectivas del médico (*disease*), del paciente (*illness*) y de la sociedad (*sickness*). La creación de una nueva categoría implica que en cada uno de estos campos se produzcan cambios: los doctores deben aprender nuevas habilidades, los enfermos verán cómo las posibilidades para gestionar su futuro (y también su pasado) varían, la sociedad deberá generar los recursos (culturales, políticos) necesarios para lidiar con esta nueva categoría. La introducción de una nueva categoría, la creación de nuevo tipo de persona, supone una alteración en las condiciones de la experiencia.

El siguiente paso a dar es el análisis del proceso que Hacking llama “*looping effect*”, mediante el cual los sujetos categorizados hacen cambiar el contenido de la categoría. Los medios por los que este *looping effect* se produce son variados, tan variados que, nos dice Hacking, no hay una historia que sea como la otra. Hacking señala 10 “motores de descubrimiento”³⁵⁴, y, en principio, el *looping effect* puede producirse a través de cualquiera de ellos. Sin embargo, es en el último (reclamar nuestra identidad) en el que normalmente pensamos cuando hablamos de “cambiar” una categoría. Las razones para esto son muchas, no siendo la menor de ellas el hecho de que, normalmente, este tipo de reclamaciones suele tener un trasfondo político, ejemplificado paradigmáticamente por los movimientos homosexuales³⁵⁵. Es, obviamente, un importante motor de cambio en las categorías, pero no el único. Hay más posibilidades en las relaciones de poder entre categorizados y expertos que la resistencia, y el cambio puede producirse

³⁵⁴ “Engines of discovery”, en Hacking, “Kinds of People: Moving Targets,” 305-06. Estos motores son: 1. Contar; 2. Cuantificar; 3. Crear normas; 4. Correlacionar; 5. Medicalizar; 6. Biologizar; 7. Genetizar; 8. Normalizar; 9. Burocratizar; 10. Reclamar nuestra identidad. Los siete primeros los califica como “científicos”.

³⁵⁵ Arnold I. Davidson, *La aparición de la sexualidad. La epistemología histórica y la formación de conceptos*. (Barcelona: Alpha Decay, 2004), 25-64; 65-110.

desde cualquier otro de los “motores” señalados por Hacking³⁵⁶. El presente apartado está dedicado, precisamente, a explorar el funcionamiento del *looping effect*, sin por ello narrar una historia de imposición y resistencia. Estudiaremos el caso particular de José Rosendo Martínez, que solicitó su ingreso en clase de medio pensionista en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen el 20 de Octubre de 1886.

José Rosendo y Martinez, licenciado del ejercito, de cincuenta y dos años de edad, como justificará con su partida de bautismo, que ofrece presentar, de estado viudo, natural de Castro-Urdiales, vecino de Santoña, en la provincia de Santander, con cedula personal de la clase 10ª nº. 503, y residente en el Cuartel de Inválidos de esta Corte, á V.E. en debida forma, expone [...] ³⁵⁷

José Rosendo Martínez presentó su solicitud ante el Director General de la Dirección de Beneficencia bajo cuya responsabilidad, se recordará, se encontraba la gestión de dicho hospital. Al realizar esta petición, José Rosendo está poniendo en marcha una serie de mecanismos encaminados a resolver si la enfermedad que sufre es, realmente, una enfermedad incurable, si cae bajo dicha categoría. Pero para que dicha petición llegue al registro del Ministerio de Gobernación se ha producido un conjunto de acontecimientos previos que debe ser incluido en el presente análisis. Para empezar, José Rosendo tuvo que redactar la petición en la que exponía de forma clara los motivos que le hacían postulable a una plaza en dicha institución. No se trata solamente de articular un discurso más o menos coherente, es necesario plasmarlo en un papel. Para ello es necesario que el peticionario, en primer lugar, supiera escribir, y en segundo lugar, que fuera capaz de hacerlo. Ninguna de estas dos opciones debe darse por descontada³⁵⁸. Necesitaría, si alguno de estos dos requisitos no se cumpliera, que fuera un tercero (bien un amigo, un pariente o un escribano profesional) el que redactara la

³⁵⁶ Hacking, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*.

³⁵⁷ AHN, FC, leg. 1690/20

³⁵⁸ La tasa de alfabetización en España en el año 1887 era del 38'54%, que aumentaba hasta el 50'56% en el caso de los varones, cfr. B. Martínez Domínguez, "La formación de capital humano en Galicia (1860-1900)," *Revista Galega de Economía* 12, no. 1 (2003). En cuanto al segundo elemento, no resulta difícil imaginar la dificultad que encontraría un enfermo con las manos deformadas por el reuma o que sufriese una parálisis lateral para redactar su petición. La de José Rosendo está firmada por un tercero, Teófilo G. Calleja, "*por no poder firmar*" (AHN, FC, Leg. 1690/20).

petición y la entregase en el lugar correspondiente. Pero además, la petición debía ir acompañada de otros documentos: una partida de bautismo, un informe médico, un certificado de buena conducta... Todo esto implicaba tiempo y dinero, pero también la capacidad física de desplazarse hasta el lugar donde estos documentos se encuentran o pueden realizarse, algo que, nuevamente, no es posible dar por sentado.

Desde lo que hemos denominado “perspectivismo” todo esto forma parte del “*illness*”, es decir, de la perspectiva del paciente, y nunca del “*disease*”, la perspectiva del médico. Estarían, por tanto, fuera de la categoría médica “enfermo incurable”. La rodean, pero sin tocarla. Sin embargo, desde la interpretación defendida en este texto, estos requisitos deben ser considerados parte constituyente de la categoría, no ajenos a ella. En el proceso de asignación de categorías –en el que se decide quién cae bajo qué categoría–, son elementos esenciales, de la misma forma que lo son el reconocimiento físico y el diagnóstico. Para ser un “enfermo incurable” en el Nuestra Señora del Carmen es necesario pasar con éxito esta etapa del proceso, como después será necesario pasar otras.

Estamos, pues, ante el intento de José Rosendo de ser declarado un enfermo incurable en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen. Para ello, se han movilizado una serie de recursos que permitan al peticionario cumplir unos requisitos necesarios (si bien no suficientes) para pertenecer a tal clasificación, recursos que tienen que ver con la producción de un documento físico que defienda la pertenencia de José Rosendo a dicha categoría. Pero hay otra serie de medios que también se pone en juego en la redacción del escrito. Tácticas que es posible llamar retóricas y que implican un conocimiento de las reglas que deben cumplirse para poder ser incluido en la categoría: el requisito de la edad (52 años), el requisito de desamparo (viudo) y aportar una residencia en la que poder ser localizado (el Cuartel de Inválidos). La importancia de estos elementos no puede desdeñarse, pues desde el momento en que alguno de ellos no se cumpla, el solicitante no será admitido en el Hospital. La referencia al Cuartel de Inválidos tiene, además, otro valor añadido. Puesto que en dicho cuartel sólo se admiten

“*militares inutilizados en campaña*”³⁵⁹, José Rosendo está aportando un nuevo dato que refuerza su solicitud: su inutilidad, sea cual sea la enfermedad que la motiva, se produjo en el campo de batalla defendiendo los intereses de la Patria.

Que en la guerra de Africa obtuvo su licencia absoluta como inutilizado en aquella campaña á consecuencia de heridas que recibió, y desde entonces viene padeciendo de ataques epilépticos debidos a las pérdidas de sangre que sufrió, sin que hasta la fecha haya podido encontrar mejoría no obstante los medios empleados.³⁶⁰

Es importante notar cómo se introduce en la petición la mención de la enfermedad. José Rosendo ya se ha presentado como un veterano de guerra, argumento que se ha reforzado con la mención al Cuartel de Inválidos, pero aquí se va un paso más allá: la enfermedad que sufre se produjo, literalmente, a consecuencia de la sangre vertida en defensa de la Patria. Se percibe, en este extracto del texto, un evidente esfuerzo por movilizar las emociones del lector a favor del suplicante. El patriotismo, el sentimiento de solidaridad por aquellos que lo arriesgaron todo en una guerra que defendía, nada más y nada menos, que el honor español³⁶¹. Pero hay otro factor que debe ser tenido en cuenta, y es el elemento modificador que tal afirmación ejerce sobre el contenido mismo de la categoría “epilepsia”, es decir, sobre “la enfermedad en sí”. Es de sobra conocido el papel que a la epilepsia confiere el degeneracionismo, como una enfermedad asociada, en primer lugar, a la locura y el idiotismo, y, en segundo lugar, a fenómenos como el alcoholismo, ideas de suicidio, homicidio, eróticas, etc., sin mencionar que un posible motivo para las convulsiones epiléptiformes podía ser, junto a nuevamente el alcoholismo, la sífilis cerebral³⁶². La causa aducida por José Rosendo para su enfermedad

³⁵⁹ El Cuartel de Inválidos (1839, 21 de Abril). *Semanario Pintoresco Español*, p. 121.

³⁶⁰ AHN, FC., leg. 1690/20

³⁶¹ Se debe recordar que la primera guerra de África (1859 – 1860) se produjo como respuesta ante el ataque a un destacamento del ejército que protegía las reformas realizadas en una serie de fortines. El posterior silencio del Sultán de Marruecos ante las reclamaciones del Gobierno español se consideró un insulto, que Leopoldo O'Donnell (1809-1867), presidente del gobierno, no dudó en contestar. El apoyo, tanto político como popular, fue unánime. Sobre la Guerra de África o Primera Guerra de Marruecos, consultar E. Ventosa, *Espanoles y marroquíes. Historia de la Guerra de África* (Barcelona: Libería de Salvador Manero, 1860).

³⁶² Sobre epilepsia y degeneracionismo ver J. Dallemagne, *Dégénérés et Déséquilibés*. (Bruxelles &

pretende borrar todo este tipo de asociaciones de carácter moral, funcionando, por tanto, en una doble dirección: no sólo moviliza sentimientos positivos hacia el demandante, sino que intenta desmovilizar posibles sentimientos negativos asociados a la enfermedad de la epilepsia. Causa, además, que no es defendida únicamente por el interesado, sino también por el facultativo que firma el informe médico preceptivo, tal y como se contempla en el Reglamento del hospital:

[...] licenciado del ejercito por inutilización en campaña, que vive en el cuartel de invalidos, padece de epilepsia conventiva á las perdidas sanguineas y nerviosas que sufrió á consecuencia de las heridas, cuyo padecimiento puede considerarse incurable atendiendo á que a pesar de los medios empleados durante veinte y seis años no ha encontrado mejoría.³⁶³

Hasta aquí lo que ocurre antes del 20 de octubre, momento en que se redacta y firma la petición de ingreso en el hospital. A partir de ese momento, los mecanismos en funcionamiento son otros. El 21 el informe se remite a la Junta de Patronos del centro, iniciándose el proceso de verificación de los datos aducidos por el suplicante. El día 1 de noviembre, la Marquesa de Miraflores, vicepresidenta de dicha junta, remite el documento a la Marquesa de Martorell, que será la encargada de realizar el primer informe técnico. En este caso, un informe que verifique las condiciones de abandono y desamparo del enfermo. En el mismo día, la Marquesa de Martorell redacta el informe, que aporta dos datos de especial interés:

Paris: Henri Lamertin & Félix Alcan, 1896). Sobre la epilepsia y su relación con alcoholismo, suicidio, etc., cfr. P. Sollier, *Guide Pratique des Maladies Mentales (Sémiologie – Pronostic – Indications)*. (Paris: G. Masson, 1893). Sobre degeneracionismo francés del siglo XIX consultar Rafael Huertas, *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. (Madrid: CSIC, 1987). Sobre el degeneracionismo en España, Ricardo Campos Marín, José Martínez Pérez y Rafael Huertas, *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. (Madrid: CSIC, 2000).

³⁶³ AHN, FC, Leg. 1690/20

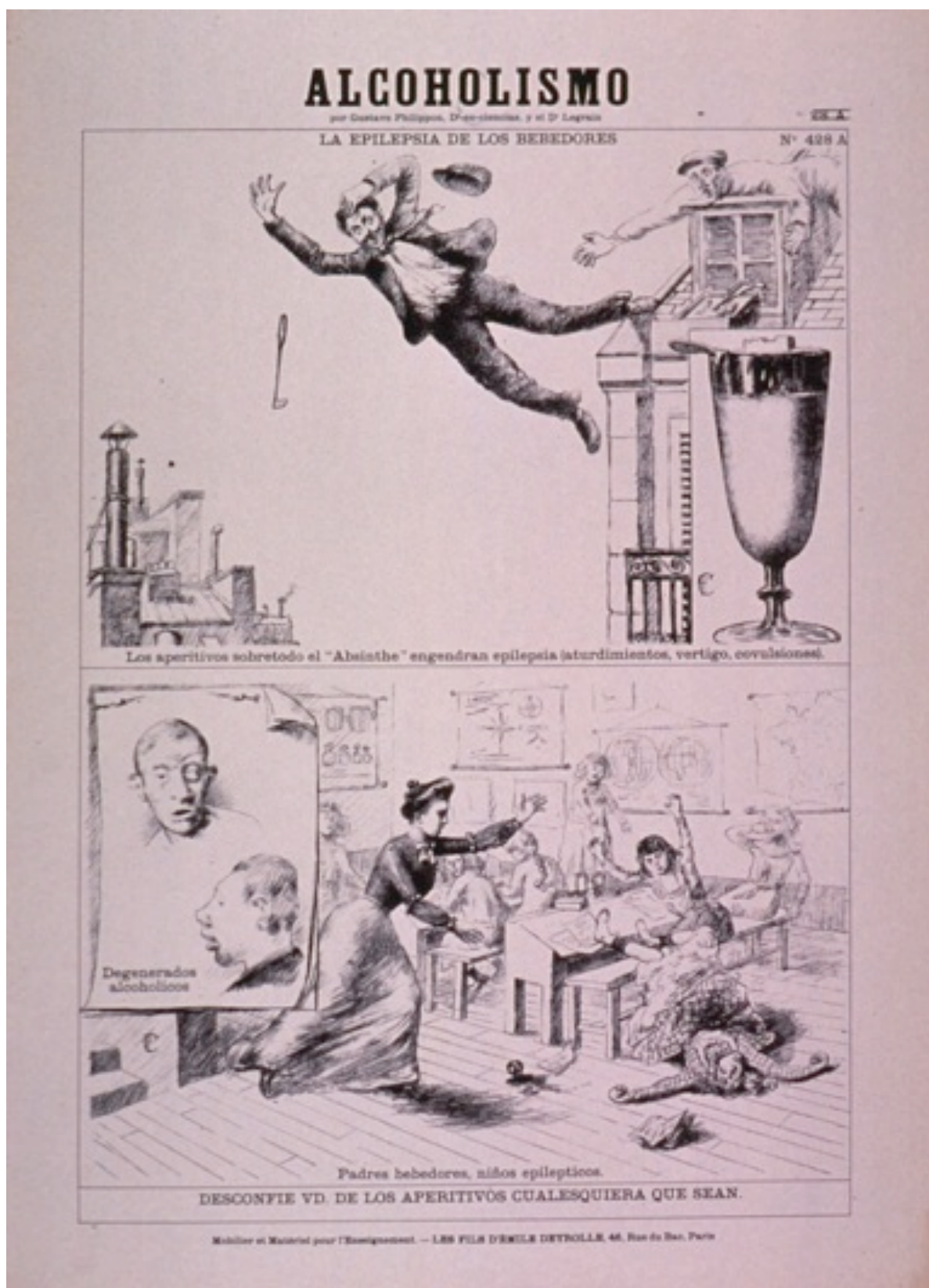


Ilustración 20: *Alcoholismo*. Por Dr. Gustave Phillippon y D. Legrain. Material para la enseñanza.

El interesado es persona de muy buenos antecedentes, ha sido militar se distinguió mucho en la guerra [ilegible] de las heridas recibidas entonces le provienen sus padecimientos, y consta no poder entrar en Incurables por no reunir las condiciones necesarias, está en el mayor desamparo y no tiene a nadie que pueda ayudarle.³⁶⁴

El primero de esos datos abre el informe. La insistencia del enfermo en resaltar el origen de su enfermedad ha conseguido, como mínimo, un aliado: la Marquesa de Martorell. Aliado nada desdeñable, pues de ella depende que se dé el visto bueno a otra serie de condiciones que deben cumplirse: aquellas referentes a su situación económica y antecedentes morales. Y la Marquesa aprueba al enfermo. Pese a que, y este es el segundo dato importante, “*consta no poder entrar en Incurables por no reunir las condiciones necesarias*”. Esta frase de la Marquesa de Miraflores apunta en múltiples direcciones. Empuja a preguntar, en primer lugar, qué condiciones son las que no cumple el enfermo. Si la Marquesa afirma que “*está en el mayor desamparo*” quiere decir que, por su parte, el informe es positivo. Por tanto sólo es posible inferir que las condiciones que no cumple son de orden médico.

Nuevamente el 1º de noviembre, una vez recibido el informe previo, la Marquesa de Miraflores ordena se envíe la documentación al jefe de facultativos, para la realización del informe médico. El 4 de noviembre se recibe dicho informe, firmado por Ignacio Gato, jefe facultativo del hospital, en el que se hace constar lo siguiente:

Según consta de certificación facultativa que se acompaña y reconocimiento practicado se halla padeciendo este individuo epilepsia, cuya enfermedad es inadmisile en este Hospital según el párrafo 3º del artículo 18 del Reglamento del mismo.³⁶⁵

Y el párrafo tercero del artículo 18 del Reglamento del hospital:

No podrán ser admitidos en estos hospitales [...] 3.º Los enajenados, los idiotas, imbeciles, epilépticos y tuberculosos; los que padezcan úlceras con supuraciones

³⁶⁴ AHN, FC, Leg. 1690/20

³⁶⁵ AHN, FC, Leg. 1460/20

incoescibles, los cánceres externos y aquellos que para su curación necesiten una operación quirúrgica.³⁶⁶

Unas páginas más arriba se afirmaba que la categoría “enfermedad incurable” desde la perspectiva del médico consistía en un listado de enfermedades que no podían ser curadas. El párrafo 3º del artículo 18 del Reglamento suprime una serie de enfermedades de dicho listado para su aplicación en el Hospital. Es, a todos los efectos, una lista negra. De alguna forma, para Ignacio Gato, Jefe de Facultativos del Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen de Madrid, la enajenación, la idiocia, el cáncer externo y, por supuesto, la epilepsia no son enfermedades incurables. Al menos en lo que concierne a su papel dentro del hospital. Dentro del reducido espacio que ocupa esta institución en la calle de Atocha, y en lo que interesa a José Rosendo, la epilepsia no es una enfermedad que, al ser considerada incurable, motive el ingreso en sus salas. O, para ser más exactos, si la epilepsia es una enfermedad incurable o no, no es algo que interese a Ignacio Gato. Él se limita a comprobar que se encuentra en su lista negativa, junto a enfermedades que pueden curarse empleando cirugía (fracturas, cataratas, etc.). Por lo tanto, José Rosendo, aunque derramara su sangre por la Patria, no puede ingresar en el hospital. Porque la categoría de enfermedad incurable empleada en el Hospital para hombres incurables Nuestra Señora del Carmen excluye, de forma deliberada y consciente, la epilepsia. O lo que es lo mismo: la epilepsia padecida por José Rosendo no es una enfermedad incurable en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen.

Pero hay un dato más que ha quedado atrás, y tiene que ver con las relaciones del paciente José Rosendo con el poder, otro de los elementos que se ponían en duda con esta aproximación a la historia del paciente. Este dato tiene que ver con quién conoce que el enfermo no cumple las condiciones de acceso, y que no se limita exclusivamente al médico ni a la Marquesa de Martorell. El tercero que sabe que incumple la normativa es el mismo enfermo, al que “*consta no poder entrar en Incurables por no reunir las condiciones necesarias*”. José Rosendo sabía que no cumplía estas condiciones, y sin embargo, pese a todo, presentó su petición de ingreso. Los actos del paciente escapan, de esta forma, a la tradicional

³⁶⁶ Gaceta de Madrid, nº. 36, 5 de febrero 1885, p. 362, Cap. IV, Art. 18.

caracterización de las relaciones de poder entre médico y enfermo (o institución y enfermo). José Rosendo no es el objeto paciente de un ejercicio descendente del poder que le niega su agencia, pero tampoco es la suya una respuesta de “resistencia”, o de “rebelión”, en tanto que, estando fuera del sistema, no puede rebelarse ante nada. De hecho, José Rosendo está planteando un caso ante las instituciones encargadas de definir la categoría de “enfermo incurable” de forma conscientemente cooperativa. José Rosendo desea ingresar en el Hospital, y presenta su petición siguiendo las normas del juego, colaborando con las instituciones, pero planteando, desde su conocimiento del funcionamiento del mismo, un problema: ¿por qué los epilépticos, aunque lo sean por defender a la patria, no pueden ingresar en el Hospital de Incurables? ¿Por qué deben ser internados, si no tienen otro medio de vida, en el establecimiento de dementes de Leganés? ¿Por qué deben convivir con otros que, a diferencia de él mismo, sí tienen una responsabilidad moral sobre su enfermedad, sea por consecuencia directa de sus actos o por herencia?

Obviamente, no es posible caracterizar a José Rosendo como una suerte de abanderado de los “epilépticos”, un representante a favor de los “derechos” de un colectivo. Pero sí es cierto que su forma de relacionarse con las estructuras de la Beneficencia plantea una serie de preguntas que, no por no ser realizadas en nombre de una colectividad, dejan de ser pertinentes y afectan al corazón mismo de la categoría “enfermo incurable” manejada por la institución concreta a la que solicita ingreso y por el sistema de beneficencia público español en su totalidad. Es por eso que el “motor” desde el que se intenta un cambio en la categoría no es, en esta historia, el último de los señalados por Hacking, sino más bien el 9: ¡burocratizad!

De nada le sirvió, no obstante, a José Rosendo. El mismo día cuatro la Junta de Patronos eleva un informe al Director de Beneficencia y Sanidad en el que, amparándose en el informe médico firmado por Ignacio Gato, recomienda la no admisión de José Rosendo en el Hospital. El 29 de noviembre, tras pasar todos los trámites administrativos necesarios, Teodoro Baró, diputado por Barcelona, antiguo gobernador civil de La Coruña y director general de Beneficencia y Sanidad

desde junio de ese mismo año³⁶⁷, reenviaba a la Junta de Patronos la decisión adoptada de forma definitiva, en la que se denegaba la plaza como medio pensionista a José Rosendo y Martínez, y se ordenaba que se comunicara al interesado. No termina, sin embargo, de esta forma su devenir por las redes administrativas. Dos meses más tarde, el 22 de enero de 1887, se recibía un nuevo escrito en la Dirección General, firmado esta vez por Luis Alonso, que volvía a sacar a la luz el caso de José Rosendo:

Se halla, Escmo. Sr., el Jose Rosendo en una situacion bastante escepcional, precisamente por la clase de su padecimiento, pues le ha llevado ya á un estado de perturbacion intelectual, que parece le da derecho á su ingreso en el Establecimiento de dementes de Leganés, y para solicitarlo [...] suplica se sirva mandar expedir y entregar al esponente certificacion comprensiva del informe de la Junta de Señoras y de la certificacion ó informe del Facultativo del Hospital de incurables³⁶⁸

Dos días más tarde, el 22 de enero, Teodoro Baró ordenaba se expidieran las copias solicitadas. Finalizaba así la aventura de José Rosendo en el Hospital de Incurables Nuestra Señora del Carmen.

1.3.- Consideraciones finales

En el presente texto hemos intentado presentar una alternativa a la historia de la medicina desde el punto de vista del paciente tal y como se ha venido desarrollando desde mediados de los años 80. Esta alternativa se ha estructurado alrededor de dos ejes principales:

1. Crítica a la historia social de la medicina (en especial a su concepción de la relación médico-paciente) y a la antropología de la enfermedad ("*anthropology of illness*", en especial a su separación entre las distintas perspectivas).
2. Replanteamiento de las categorías "paciente" y "enfermedad" a través de la propuesta de la ontología histórica de Ian Hacking, como forma de superar ambas críticas.

³⁶⁷ Telegramas (1886, 28 de junio). *La Vanguardia*: edición del lunes, p. 4132.

³⁶⁸ AHN, FC, leg. 1690/20

Respecto al primer punto, la historia social de la medicina, tal y como se vino desarrollando en los años 80 y 90 del pasado siglo XX, significó, sin lugar a dudas, un importante salto cualitativo respecto a la historiografía tradicional de la medicina representada por la generación de George Rosen. Este salto puede cifrarse, principalmente, en el abandono de una historia hagiográfica – centrada en las grandes figuras de la medicina – y comprometida con una idea de progreso ininterrumpido y acumulado del conocimiento médico. Un cambio que se produjo al hilo de las profundas críticas hechas al campo más amplio de la historia de la ciencia, representadas principalmente por la obra de Kuhn y la literatura de corte marxista³⁶⁹. Sin embargo, la historia social de la medicina no fue capaz de desprenderse de una concepción estructuralista del poder en la relación médico-paciente, que la empujó, en un primer momento, a ignorar completamente la historia desde “el punto de vista del paciente”. Se sustituyó a “el gran médico” por “los médicos”, “la profesión médica” o, de forma más grandilocuente, por el “proceso de medicalización”, pero su comprensión de las relaciones de poder seguía siendo similar a la de la generación anterior. Cuando finalmente los historiadores sociales se aplicaron a la tarea de investigar el punto de vista del paciente (la “historia desde abajo” que reclamaba Porter), sus historias se limitaron a reproducir esas mismas estructuras, si bien cambiando ligeramente el lugar de enunciación y, por tanto, el acento de las mismas, sin llegar nunca a modificar el fondo, lo que se evidencia en ese “desde abajo” de la formulación de Porter.

Que este rescate del paciente se produjera a raíz de un posicionamiento político, como muy bien ha señalado Condrau en su artículo de 2007, en contra de las reformas liberales de Ronald Reagan y Margaret Thatcher no podemos considerarlo una mera coincidencia, en tanto que será en ese mismo contexto que la llamada “antropología de la enfermedad” de Kleinman y Byron Good, entre otros, recupere igualmente la “perspectiva del paciente” para la antropología. Y lo hacen desde planteamientos similares a los empleados por Porter: era necesario

³⁶⁹ Thomas Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*. (Chicago: University of Chicago Press, 1962). Una de las primeras y principales obras de historia de la ciencia escritas desde la perspectiva marxista fue la de John D. Bernal, *Science in History*. (London: Watts, 1954).

recuperar la voz del paciente para dar cuenta de una faceta que, hasta el momento, había pasado desapercibida. La finalidad última de esta recuperación no era otra que la de introducir mejoras en el tratamiento de la enfermedad³⁷⁰. Pero esta mejora no era el resultado de un cambio en el concepto de enfermedad (*disease*), que quedaba inalterado, sino de la inclusión de técnicas externas a la medicina (provenientes principalmente de la psicología) que contribuían a mejorar la experiencia del paciente y, según estos autores, a aumentar las posibilidades de curación³⁷¹. Pero, insistimos, el núcleo “científico” de la medicina, el “*disease*”, permanecía inalterado, fuera del alcance de, en este caso, el antropólogo. Cuando se transporta este análisis a la historia, como intentamos mostrar en el punto 1 del presente texto, el producto es una narración fragmentada, donde los elementos de las distintas perspectivas no se tocan entre sí, pese a introducir el factor social del *sickness*, y donde el dualismo entre naturaleza y cultura (*disease/illness*, objetivo/subjetivo, etc.) sigue vigente en toda su crudeza, si bien ligeramente matizado.

En el presente texto hemos intentado presentar una alternativa que supere ambas críticas. Esta alternativa se basa en los trabajos de Ian Hacking sobre ontología histórica y nominalismo dinámico, y pretende tomarse totalmente en serio el papel activo del categorizado en la creación/modificación de la categoría, es decir, devolverle su agencia³⁷², rompiendo, de esta manera, la concepción de poder estructuralista compartida por historiadores sociales y antropólogos de la enfermedad. Una de las cosas que hemos pretendido mostrar en el punto 2 del presente texto ha sido, precisamente, la capacidad de José Rosendo para ser agente, para, a través del conocimiento de las estructuras de la beneficencia pública del Reino de España y de los desarrollos teóricos de la medicina que le incumben, pero también a partir de un autoconocimiento de sí mismo y de su enfermedad, llevar a cabo una acción encaminada a un fin. Es decir, José Rosendo

³⁷⁰ El interés de la “anthropology of illness” por el impacto práctico de su trabajo en la clínica es acertadamente señalado por Young, “The Anthropologies of Illness and Sickness,” 265.

³⁷¹ Un buen ejemplo de estas herramientas lo constituye la técnica del *counselling*, cfr., por ejemplo, Pilar Arranz et al., *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*, 2 ed. (Barcelona: Ariel, 2005).

³⁷² Hacking, *¿La construcción social de qué?*, 104.

está ejerciendo su capacidad de agencia. Esta recuperación de la agencia³⁷³, aunque sea en un sentido mínimo y muy intuitivo, es fundamental para superar esa concepción de las relaciones de poder que caracteriza a la historia social de la medicina y que hemos calificado, con Cooter, de “estructuralista”³⁷⁴. Esta recuperación de la agencia, en todo caso, debe entenderse como el resultado del proceso dinámico de constitución de las categorías, y se opone a ciertas interpretaciones foucaultianas que leen la agencia de los individuos como una expresión, más que como una fuente, de las organizaciones burocráticas. Desde el punto de vista del proceso dinámico, ambas agencias (la del individuo y la de la organización) son derivadas y co-constituidas.

En segundo lugar, hemos insistido en la necesidad de revisar las categorías empleadas hasta el momento para llevar a cabo esa historia, y hemos concluido que la ontología histórica nos proporcionaba las herramientas adecuadas para llevar a cabo esa tarea. El motivo de esta idoneidad residía en la concepción dinámica de las categorías, parte fundamental del proyecto de Hacking y que él califica como “nominalismo dinámico”³⁷⁵. Un dinamismo que se basa en la constante interacción entre ciertas categorías empleadas por las ciencias sociales y las personas que caen bajo dicha categoría³⁷⁶.

³⁷³ En la misma dirección se sitúan algunos teóricos de la cultura material, cfr. Daniel Miller, "Materiality: An Introduction," en *Materiality*, ed. Daniel Miller (Durham & London: Duke University Press, 2005), 20.

³⁷⁴ El concepto de agencia ha sido ampliamente discutido en la filosofía del siglo XX. Precisamente para no entrar en dicha discusión empleamos el adjetivo “mínimo”. Se encontrará un ajustado análisis de las principales propuestas en Fernando Broncano, "Consideraciones epistemológicas acerca del "sentido de agencia", " *Logos. Anales del Seminario de Metafísica* 39(2006).

³⁷⁵ Hacking, "Kinds of People: Moving Targets," 294-95; Hacking, *Historical Ontology*, 2.

³⁷⁶ Hacking llamó a estas categorías, en un primer momento, “humanas”, para distinguirlas de las naturales. Esta distinción fue duramente criticada desde la filosofía, envuelta en un agrio debate sobre la existencia o no de categorías naturales, cfr. Rachel Cooper, "Why Hacking is Wrong about Human Kinds," *British Journal for the Philosophy of Science* 55, no. 1 (2004); Marc Ereshefsky, "Bridging the Gap between Human Kinds and Biological Kinds," *Philosophy of Science* 71, no. 5 (2004). Hacking abandonó esta distinción en 2007, negando la existencia de categorías naturales y, por tanto, humanas. En su lugar, Hacking rescata el concepto de “categorías pertinentes”, propuesto por Nelson Goodman en su *Formas de hacer mundos*, cfr. Ian Hacking, "Natural Kinds: Rosy Dawn,

En la presente tesis hemos optado por realizar varios estudios de casos centrados en las historias de pacientes individuales. Esto ofrece evidentes ventajas para hacer una “historia desde el punto de vista del paciente”. En primer lugar, confiere “textura” a la historia, en el sentido defendido por Jordanova³⁷⁷, factor que, creemos, no debe ser desdeñado³⁷⁸. En segundo lugar, la atención al paciente concreto favorece el acceso al interior de lo que los perspectivistas han llamado “*disease*” y que, en el presente texto, hemos identificado con lo que se podría entender como el contenido “realmente científico” de la categoría enfermedad. En tanto que la práctica clínica consiste en aplicar *una* categoría (enfermedad X) sobre *un* categorizado (paciente), el estudio de los casos individuales se convierte en el estudio del “paciente con la enfermedad X”, y en su contenido encontraremos entremezclados e interactuando elementos que un perspectivista hubiera separado, de forma totalmente artificial, entre *disease* e *illness*. Superamos, de esta forma, la división entre contenidos objetivos (científicos) y subjetivos de la enfermedad, división que el perspectivismo había matizado pero, pese a todo, perpetuado.

Con este movimiento no sólo negamos la concepción estructuralista del poder presente en la antigua “historia desde abajo”, sino que nos situamos en el contexto más amplio de una historia de la experiencia de enfermar, que encuentra en la ontología histórica, entendida como el estudio de “*las formas en que las posibilidades para escoger y para ser surgen en la historia*”³⁷⁹, el medio perfecto para llevarse a cabo.

Scholastic Twilight,” en *Philosophy of Science*, ed. Anthony O’Hear (Cambridge: Cambridge University Press, 2007).

³⁷⁷ Ludmilla Jordanova, “The Social Construction of Medical Knowledge,” en *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, ed. Frank Huisman y John Harley Warner (Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004).

³⁷⁸ Ya sea atendiendo a factores, si se quiere, más “comerciales”, como los expuestos por Lawrence M. Principe, “Transmuting History,” *Isis* 98, no. 4 (2007). O Daniel Miller, “The ‘Sobbel Effect’,” *Metascience* II (2002). O desde una decidida apuesta por el valor de una “historia sentimental”, como la que hace Phillips, “On the Advantage and Disadvantage of Sentimental History for Life.”

³⁷⁹ “[...] the ways in which the possibilities for choice, and for being, arise in history”, en Hacking, *Historical Ontology*, 23.

Esta apuesta por el paciente individual, en todo caso, no implica que podamos recuperar la presunta experiencia privada de la enfermedad. Como indicamos anteriormente, lo que nos interesa es entender los procesos históricos que conforman la experiencia de enfermar, procesos que constituyen a los sujetos al tiempo que son configurados por ellos. A eso nos referimos cuando hablamos de una “historia de la experiencia”. Entre los objetos de estudio de esta historia se encuentran, como indicaba Rosen al principio del presente capítulo, las emociones de los pacientes, en las que nos centraremos a partir de ahora. En los siguientes capítulos analizaremos algunos de los procesos históricos que han concurrido para moldear la experiencia de la enfermedad incurable en los últimos años del siglo XIX y primeros del XX. Más concretamente, vamos a centrarnos en dos elementos que han sido señalados como parte de esos procesos: los espacios emocionales y la cultura material de las emociones. Nuestro análisis deberá iniciarse, no obstante, con un repaso a la literatura sobre historia de las emociones producida en la primera década del siglo XXI.

2.- Historia de las emociones

2.1.- Introducción

Peter Burke, en un texto publicado en 2005, se preguntaba si existía una historia cultural de las emociones³⁸⁰. La pregunta resulta cuanto menos extraña teniendo en cuenta que dicho texto se encuentra inserto en un libro que, explícitamente, se catalogaba como “historia de las emociones”³⁸¹. Las editoras del libro –una, historiadora de la medicina, la otra, del arte–, tomaban como punto de partida del mismo, precisamente, la historicidad de las emociones, no sólo de sus concepciones y representaciones, sino de las emociones mismas³⁸². Pese a que discutiremos con mayor profundidad ambos textos en el siguiente apartado del presente capítulo, sí creemos necesario apuntar en esta introducción dos conclusiones a las que el profesor de Cambridge llega en su texto. Tras hacer un breve análisis de la producción historiográfica que, de una forma u otra, ha tratado el tema de las emociones, Burke concluye que todas ellas acarreen el mismo pecado: la falta de un marco analítico riguroso. Es decir, una falta de acuerdo en cómo entendemos nuestro objeto de estudio (¿Hablamos de emociones o de afectos? ¿Qué es una emoción? ¿Lo es la ira? ¿Lo es la fraternidad? ¿Estudiamos emociones o representaciones de emociones?); de quién son las emociones que estudiamos o debemos estudiar (¿hombres, mujeres? ¿Jóvenes, viejos?); con qué métodos, conceptos y teorías debemos aproximarnos a esta nueva historia; y, por último, qué fuentes deben o pueden utilizarse para este estudio³⁸³. Lo que Burke viene a decir, a fin de cuentas, es que aunque muchos autores hayan historiado las emociones, todavía no se ha hecho una historia de las emociones, puesto que más allá de unos compromisos mínimos (como no problematizar la definición de

³⁸⁰ Burke, "Is there a Cultural History of the Emotions?."

³⁸¹ Penelope Gouk y Helen Hills, eds., *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine* (Aldershot: Ashgate, 2005).

³⁸² "Our starting point is that 'the emotions', unchanging within human nature, transcending historical conditions, do not exist. Rather, 'emotions' are brought into being socially and historically [...]", en Penelope Gouk y Helen Hills, "Towards Histories of Emotions," en *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, ed. Penelope Gouk y Helen Hills (Aldershot: Ashgate, 2005), 15.

³⁸³ Peter Burke, "Is there a Cultural History of the Emotions?," *ibid.*, 38-39.

emoción), no se ha desarrollado una disciplina (o subdisciplina) con todo lo que ello conlleva: unos métodos propios, unas fuentes específicas, un objeto de estudio bien definido, etc.

Desde finales de los años 90 del siglo XX, pero sobre todo en la primera década del siglo XXI, los textos dedicados al estudio de la historia de las emociones se han multiplicado. Muchos de ellos han dedicado gran parte de sus esfuerzos a encontrar precedentes, a realizar una genealogía del estudio histórico de las emociones que sirva de punto de partida a sus propios estudios. Estas genealogías coinciden en señalar una serie de nombres que, de una forma u otra, pueden considerarse precursores de este nuevo interés en las emociones como objeto histórico. Están, obviamente, los nombres clásicos señalados por Burke (Nietzsche, Huizinga, Febvre, Elias), junto a otros muchos procedentes de la escuela de *Annales* (Braudel, Ariès, Chartier), e historiadores americanos de la corriente llamada *emocionología*, principalmente Peter N. Stearns y Carol Z. Stearns³⁸⁴. Y pese a todo, pese a esta cadena de antecesores ilustres, todos los autores de estos textos comparten el análisis final de Burke: nunca, hasta este momento, se ha hecho historia de las emociones. Las razones que se aducen son variadas: la misma naturaleza de la disciplina, prisionera de una suerte de pecado original que, a través de la servidumbre política que encontramos en su origen, la conduce hacia intereses “racionales”³⁸⁵; una falta de “foco”, debido, principalmente, a la “invisibilidad” de los sentimientos subjetivos, pero también a la propia indefinición de qué es una emoción³⁸⁶; la amplia comprensión de “las emociones” como parte de la naturaleza humana y que, por tanto, no tendría historia³⁸⁷; o el interés, tal vez

³⁸⁴ Este grupo aparece, de forma más o menos consistente, en todos los artículos publicados desde el año 2000, hasta el punto de convertirse prácticamente en un listado “canónico”. A este listado se unen, de forma más o menos habitual, representantes de la psicohistoria, sobre todo el estadounidense de origen alemán Peter Gay. Véase Joanna Bourke, “Fear and Anxiety: Writing about Emotions in Modern History,” *History Workshop Journal* 55, no. 1 (2003): 113-16; Barbara H. Rosenwein, “Worryng about Emotions in History,” *The American Historical Review* 107, no. 3 (2002): 821-28. Una revisión más reciente en Susan J. Matt, “Current Emotion Research in History: Or, Doing History from the Inside Out,” *Emotion Review* 3, no. 1 (2011).

³⁸⁵ Rosenwein, “Worryng about Emotions in History,” 821.

³⁸⁶ Bourke, “Fear and Anxiety: Writing about Emotions in Modern History,” 114.

³⁸⁷ Gouk y Hills, “Towards Histories of Emotions,” 16.

exagerado, en los procesos de cuantificación de emociones³⁸⁸. Sea cual sea la razón esgrimida, el resultado es siempre el mismo: no hay, hasta el momento, ninguna historia de las emociones. O al menos, una historia de las emociones “correcta”. Esta postura más matizada es la que sostiene Rosenwein, que inicia su libro sobre comunidades emocionales declarando, por un lado, la antigüedad del tema (“*historians has always talked about emotions*”³⁸⁹), para, en la frase posterior, denunciar la incorrección de sus planteamientos, incorrección que es una de las causas que empujan a la autora a escribir su libro³⁹⁰.

Es esta situación de “novedad absoluta” la que convierte cada libro, cada artículo publicado, en un intento de sentar las bases necesarias para que esa posible historia de las emociones se escriba “correctamente”. La comprensión de su originalidad, sin embargo, no ha ayudado a que la historia de las emociones supere la situación en que Burke la encontró en 2005: falta de un marco analítico *riguroso*. En el siguiente apartado intentaremos, a partir del esquema aportado por Burke, analizar algunas de dichas propuestas. Para que dicho análisis sea manejable, sin embargo, quedará restringido a las obras publicadas a partir del año 2000, momento en que hemos fechado este “resurgir” de la historia de las emociones. En el tercer apartado de este capítulo propondremos, a partir de este análisis, una posible aproximación a la historia de las emociones que, creemos, soluciona algunos de los problemas encontrados.

2.2.- Acuerdos y desacuerdos en la historia de las emociones

Afectos, emociones, representaciones

Si tuviéramos que señalar una debilidad de la historia de las emociones, y sólo una, esa sería, sin dudarlo un segundo, la ausencia de una definición adecuada de su objeto de estudio, empezando por su nombre: ¿emociones o afectos?³⁹¹ ¿O tal vez

³⁸⁸ Fay Bound Alberti, "Introduction: Emotion Theory and Medical History," en *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, ed. Fay Bound Alberti (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006), xv.

³⁸⁹ Barbara H. Rosenwein, *Emotional Communities in the Early Middle Ages*. (Ithaca & London: Cornell University Press, 2006), 1. Énfasis de la autora.

³⁹⁰ “The fact that there is a history of emotions but that it has been studied (for the most part) wrongly or badly is one reason that I have written this book.”, *ibid*.

³⁹¹ Jo Labanyi, "Doing Things: Emotions, Affect, and Materiality," *Journal of Spanish Cultural Studies*

sensibilidades?³⁹² ¿Debemos prestar atención a lo que la psicología nos dice acerca de las emociones o, por el contrario, debemos dejarlo de lado?³⁹³ ¿Debemos centrarnos en las representaciones de las emociones³⁹⁴, en los cambios en el lenguaje³⁹⁵, en narraciones explícitamente sobre emociones³⁹⁶? ¿O, por el contrario, deberemos ir más allá de los textos directamente relacionados con las emociones y buscar una suerte de “sensibilidad” más amplia³⁹⁷? Como bien decía Burke, en su ya citado capítulo, el único consenso es no problematizar en exceso la definición del objeto de estudio.

Y sin embargo, muchas de las preguntas que hemos formulado en el párrafo anterior son la consecuencia directa de esa falta de problematización, más concretamente de la negativa a decidirse entre dos posibles definiciones de emociones: una que afirma que son hechos naturales y, por lo tanto, carentes de historia y otra que afirma todo lo contrario, que son constructos sociales sujetos a variaciones históricas. En definitiva, la vieja disputa entre cultura y naturaleza³⁹⁸, un debate tal vez heredado de las principales disciplinas que han dado forma a este nuevo interés en las emociones: la antropología, por un lado, y la psicología por el otro³⁹⁹. Las respuestas varían de un autor a otro, pero en pocos casos se trata de respuestas amplias, que vayan más allá de declaraciones programáticas en una u otra dirección:

11, no. 3 (2010).

³⁹² Daniel Wickberg, "What is the History of Sensibilities? On Cultural Histories, Old and New," *American Historical Review* 112, no. 3 (2007).

³⁹³ Graham Richards, "Emotions into Words - or Words into Emotions?," en *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, ed. Penelope Gouk y Helen Hills (Aldershot: Ashgate, 2005), 50-51.

³⁹⁴ Penelope Gouk y Helen Hills, "Towards Histories of Emotions," *ibid.*, 26.

³⁹⁵ Thomas Dixon, *From Passions to Emotions: The Creation of a Secular Psychological Category*. (Cambridge: Cambridge University Press, 2003).

³⁹⁶ Barbara H. Rosenwein, "Problems and Methods in the History of Emotions," *Passions in Context* 1(2010): 12-14.

³⁹⁷ Wickberg, "What is the History of Sensibilities? On Cultural Histories, Old and New," 662.

³⁹⁸ Alberti, "Introduction: Emotion Theory and Medical History," xvii.

³⁹⁹ William M. Reddy, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*. (Cambridge & New York: Cambridge University Press, 2001).

There is, therefore, no overarching definition of 'emotions' that applies to all periods and all places; nor would a list enumerating specific emotions (fear, anger, and so on) serve to explain how such terms were conceived, and how these constructs were employed. Nevertheless, precisely because emotions are culturally mediated and, therefore, culturally variable, an analysis of the ways in which they were defined, by whom, and for what purposes is an important undertaking.⁴⁰⁰

Esta afiliación al “construccionismo” es mayoritaria. No podría ser de otra forma, dado el peso que el post-modernismo tiene en la historia cultural contemporánea. Pero es que, como Jordanova declara de forma contundente, esta aproximación es la única posible si queremos tener una visión amplia de los procesos históricos que incluya ideologías, ideas, imágenes y cultura material⁴⁰¹, es decir, si realmente queremos hacer historia cultural. Obviamente, esta opción entraña sus riesgos y si bien, como señala Burke, los estudios realizados desde esta perspectiva son “más innovadores” el precio a pagar es que sus conclusiones son “más difíciles de sostener”⁴⁰². Por el contrario, las que se decantan por la otra opción son, en su opinión, no sólo menos innovadoras, sino que al constreñir sus estudios a las actitudes conscientes ante las emociones lo que obtienen no es una historia de “las propias emociones”, sino una “historia intelectual”⁴⁰³, por muy sólida que pueda llegar a ser.

Ahora bien, ¿es posible escapar de esta dicotomía? ¿Debemos, incluso si partimos de una posición construccionista, tener en cuenta lo que la psicología nos dice sobre las emociones? Una crítica que se desprendía del ya citado texto de Wickberg sobre la historia de las sensibilidades era que la historia de las emociones no tenía en cuenta el papel cognitivo de las emociones, señalado por ciertas corrientes de la psicología, y que por tanto trataba las emociones como “*a discrete realm rather than seeing them as linked to larger characteriological*

⁴⁰⁰ Gouk y Hills, "Towards Histories of Emotions," 16.

⁴⁰¹ Jordanova, "The Social Construction of Medical Knowledge," 356.

⁴⁰² Peter Burke, *¿Qué es la historia cultural?* (Barcelona: Paidós, 2006), 136.

⁴⁰³ Ibid. Esta distinción entre las historias producidas al elegir entre una opción u otra se encuentra también en Burke, "Is there a Cultural History of the Emotions?," 40.

patterns involving modes of perception and thinking as well as feeling"⁴⁰⁴. En una carta al editor de *The American Historical Review*, Rosenwein polemizaba con Wickberg precisamente sobre este punto, ya que, según ella, historiadores como Peter N. Stearns, William M. Reddy o ella misma defienden la intrínseca relación entre emoción y cognición, siendo la primera una modalidad de la segunda⁴⁰⁵. En opinión de estos autores, incluso si tomamos una posición constructivista, las corrientes en psicología que relacionan emoción y cognición son relevantes para su labor histórica⁴⁰⁶. Sin duda el más ambicioso de los defensores de esta posición es William M. Reddy.

Reddy parte de una crítica que podemos calificar de política, incluso ética, hacia el constructivismo. Sin negar lo positivo de esta corriente, Reddy denuncia la incapacidad de criticar, desde sus postulados, las prácticas locales que estudia⁴⁰⁷. Una vez que hemos identificado un determinado conjunto de prácticas culturales como opresivas, imperialistas, machistas o racistas, no tenemos, sin embargo, ningún criterio para criticarlas ya que, localmente, y en tanto que toda opción es una "construcción", ¿cómo podemos preferir una sobre otra?⁴⁰⁸ Reddy no es el único que señala esta incapacidad política del construccionismo⁴⁰⁹, si bien en su caso la necesidad de superar esta limitación es más acuciante, puesto que pretende sentar las bases para poder realizar una crítica de los diversos regímenes emocionales teniendo en cuenta el mayor o menor grado de "libertad emocional" que permiten:

⁴⁰⁴ Wickberg, "What is the History of Sensibilities? On Cultural Histories, Old and New," 682.

⁴⁰⁵ Barbara H. Rosenwein, "Letter to the Editor," *The American Historical Review* 112, no. 4 (2007): 1313.

⁴⁰⁶ Alberti ha criticado que esta aproximación presupone un "yo emocional esencial" que, siendo influido por su contexto social, sin embargo lo prefigura. Desde su punto de vista, que compartimos, estas aproximaciones deberían tomar en cuenta los procesos en los cuales se produce el significado de las emociones, cfr. Alberti, "Introduction: Emotion Theory and Medical History," xvi.

⁴⁰⁷ Reddy, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*, 54.

⁴⁰⁸ Ibid., 74.

⁴⁰⁹ Mary E. Fissell, "Making Meaning from the Margins. The New Cultural History of Medicine," en *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, ed. Frank Huisman y John Harley Warner (Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004), 384-85.

We need a conceptual frame that acknowledges the importance of management (as opposed to construction) of emotion, that allows political distinctions among different management styles on the basis of a concept of emotional liberty, and that permits the narration of significant historical shifts in such management styles.⁴¹⁰

El marco que propone Reddy se basa, por un lado, en una teoría de la “traducción”, que basa en las tesis de Quine sobre la indeterminación de la traducción, el principio de caridad de Davidson y el realismo inmanente de Linda Alcoff⁴¹¹, que se presenta como una respuesta al postulado derridiano del “no hay fuera de texto”⁴¹², esto es, la imposibilidad de alcanzar el “significado desnudo”, de escapar de la tiranía de los significantes⁴¹³. La teoría de la traducción de Reddy pretende minimizar, cuando no eliminar, la distancia entre *langue* y *parole*, al entender al individuo como receptor de múltiples mensajes cifrados en diversos códigos que son traducidos, a veces con éxito, otras veces sin él, a códigos más “manejables”⁴¹⁴. Este proceso de traducción se relaciona estrechamente con dos elementos derivados de la psicología cognitiva, el de “activación” y el de “atención”. Con el primero, Reddy señala aquellos elementos que ponen en marcha nuestra maquinaria cognitiva (se identifiquen como “inputs”, “pensamientos”, “memorias”, etc., que Reddy resume con la expresión “*thought material*”). Sin embargo, no todas las activaciones despiertan nuestra atención –el “lugar” en que el proceso de traducción entre códigos se produce, dando lugar a frases declarativas o actos intencionales–, sino que quedan a un nivel no consciente⁴¹⁵. Podemos entender el interés que este tipo de estados tiene para una teoría de las emociones, que serían entendidas como “activaciones” que no llegan a llamar nuestra “atención”, debido a

⁴¹⁰ Reddy, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*, 118.

⁴¹¹ Los textos citados por Reddy son Willard Van Omar Quine, *Ontological Relativity and Other Essays*. (New York: Columbia University Press, 1969); Donald Davidson, *Inquiries into Truth and Interpretation*. (Oxford: Oxford University Press, 1984); Linda Martín Alcoff, *Real Knowing: New Versions of the Coherence Theory*. (Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1996).

⁴¹² Jacques Derrida, *Of Grammatology*, trans. Gayatri Chakravorty Spivak. (Baltimore & London: Johns Hopkins University Press, 1976), 158.

⁴¹³ Reddy, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*, 76.

⁴¹⁴ *Ibid.*, 80.

⁴¹⁵ *Ibid.*, 88-89.

que están relacionadas con redes de objetivos complejos, pertenecientes a diversos códigos y agrupados en esquemas, que requieren de traducción, y que exceden nuestra capacidad de atención en el corto plazo, debido, precisamente, a la dificultad de dicho proceso⁴¹⁶. Esta conceptualización de las emociones daría lugar a una nueva concepción del yo, que escaparía de dualismos cartesianos pero también de los sujetos imaginarios del post-estructuralismo. Un yo “desagregado”, sin una unidad inherente, derivado de su constante interacción con múltiples flujos de significantes, procedentes de diversos códigos, que deben ser traducidos. Un yo que es social, en tanto que los procesos de integración del yo (la traducción de los “significantes” en actos intencionales) se construye sobre la interacción social, pero no construcciones colectivas⁴¹⁷.

El siguiente eslabón en el marco que nos propone Reddy, cuyo objetivo, recordamos, era encontrar una forma de “evaluar” regímenes emocionales, consiste en desarrollar una teoría de las expresiones emocionales como actos de habla, actos que denomina *emotives*, y que vendrían a ser el proceso de traducción más o menos provisional de todas esas activaciones. Basándose en la definición de Austin de “enunciado performativo”, Reddy sostiene que los enunciados sobre emociones (del tipo “estoy enfadado”) tienen una función descriptiva (de cómo me siento), relacional (al presentar una condición a la interacción) y auto-exploratoria (porque tal vez no estoy enfadado, sino triste), así como un efecto modificador (al decantarme por una opción, estoy reafirmando una traducción entre las posibles, modificando mi cadena de objetivos y mis relaciones con ella)⁴¹⁸.

Un régimen emocional estaría formado por las normas que permiten manejar estos *emotives*, es decir, qué *emotives* son lícitos y cuáles no en una situación determinada, ante una persona concreta, etc. Estos regímenes tienen consecuencias para la construcción del individuo, pues, debido a su poder explorativo, la posibilidad de expresar o no ciertos *emotives* se convierte en la posibilidad de explorar cadenas de objetivos hasta ese momento más allá de

⁴¹⁶ Ibid., 94.

⁴¹⁷ Ibid., 95.

⁴¹⁸ Ibid., 100-05. Debemos señalar que los *emotives* –todo proceso de traducción, en realidad– están influidos por representaciones culturales y discursos que son históricos.

nuestra atención, lo que Reddy llama *navegación emocional*: la posibilidad de explorar nuevas posibilidades y cambiar nuestros objetivos, lo que constituiría, en última instancia, una definición de *libertad emocional*:

The idea of navigation as a universal, central characteristic of emotional life makes possible a preliminary definition of 'emotional liberty' as the freedom to change goals in response to bewildering, ambivalent thought activations that exceed the capacity of attention and challenge the reign of high-level goals currently guiding emotional management. This is freedom, not to make rational choices, but to undergo conversion experiences and life-course changes involving numerous contrasting, often incommensurable factors.⁴¹⁹

Un régimen emocional será estricto o tolerante dependiendo del grado de libertad que permita, de los *emotives* que puedan ser utilizados, de las rutas de navegación que estén abiertas. El primero, al restringir las condiciones de autoconocimiento y las elecciones vitales, provoca un *sufrimiento emocional* –un conflicto de objetivos⁴²⁰ – en el individuo, permitiéndonos, de esta forma, distinguir entre regímenes justos e injustos⁴²¹. La pregunta a la que deberemos enfrentarnos, según Reddy, es ¿quién sufre?

This array of concepts frees one of the necessity of theorizing culture, power, or identity characteristics, such as race, class, gender, or ethnicity, which have preoccupied scholars so much of late. The only questions that need to be asked are, Who suffers? Is the suffering an unavoidable consequence of emotional navigation or does this suffering a tragedy or an injustice?⁴²²

Como hemos indicado, el texto de Reddy es el más ambicioso de entre todos los escritos hasta el momento en la historia de las emociones. Su intención es ofrecernos un marco de análisis que, partiendo de los hallazgos más interesantes en los campos de la psicología y la antropología, permita superar las limitaciones que el construccionismo impone al historiador. Se trata de una apuesta valiente, y como tal sugerente. Algunos de los conceptos acuñados por Reddy (*sufrimiento*

⁴¹⁹ Ibid., 122-23.

⁴²⁰ Ibid., 123.

⁴²¹ Ibid., 128-30.

⁴²² Ibid., 130.

emocional, refugio emocional, etc.) son herramientas útiles para la tarea de estudiar las emociones del pasado, y su enfoque, optimista con las oportunidades que se presentan para el ejercicio de la agencia, incluso en las situaciones más restrictivas, y políticamente comprometido, no deja de ser inspirador. Sin embargo, como toda propuesta que pretende ser innovadora no escapa a las críticas, algunas de calado. La principal tiene que ver con el concepto de libertad empleado, que debe demasiado a la tradición liberal de occidente y su sujeto auto-contenido, así como a sus prácticas constitutivas, sobre todo a una introspección propia de las clases medias y altas de occidente a partir del siglo XIX⁴²³. Por otra parte, el énfasis en la *expresión* de las emociones a través de los *emotives* nos hace preguntarnos cómo podemos investigar las emociones de aquellos cuyos *emotives* no han sido registrados, de aquellos que, como Calero, nunca nos dejaron un enunciado *emocional*. Una historia de este tipo debería limitarse, por tanto, a las élites europeas ilustradas. Por otra parte, al final, y pese a todo, el libro de Reddy nos dice que la historia de las emociones es la historia de las normas que la gestionan, tal y como, según Burke, debemos esperar de aquellos libros que no apuestan por la historicidad de las emociones, sino tan sólo por sus “modulaciones”.

En resumen, vemos que no se ha hecho un esfuerzo por definir de forma más o menos precisa qué son las emociones y, cuando así se ha intentado, los resultados no han sido plenamente satisfactorios, al anclar dicha definición en unas nociones de sujeto y de libertad occidentales. Lo que encontramos en la mayoría de los textos, por tanto, es una comprensión de las emociones más o menos “popular” (como la define el diccionario de la RAE: alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, acompañada de cierta conmoción somática), señalando, en algunos casos, su relación con los procesos de cognición sin que ello tenga ningún tipo de incidencia en la historia que se narra⁴²⁴. El ejemplo de Reddy nos lleva a

⁴²³ Robert A. Nye, "William M. Reddy, The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions," *The Journal of Modern History* 75, no. 4 (2003): 923. Cfr. Supra., p. 165 y ss., en la que vemos cómo esa práctica instrospectiva se utiliza en Monlau para distinguir entre sujetos.

⁴²⁴ El caso más evidente es el de Rosenwein. Pese a que en la introducción de su libro apuesta por una comprensión de las emociones como parte del proceso cognitivo, en la línea de Reddy o Martha Nussbaum, este componente cognitivo de las emociones no juega ningún papel en los estudios de

pensar, sin embargo, que una mejor definición de qué sea una emoción y cuáles sus funciones puede resultar productiva a la hora de plantear nuevas alternativas de estudio en la historia de las emociones, y es por eso que, en el próximo apartado, dedicaremos un breve espacio a discutir una interpretación proveniente de la psicología social que puede ser de ayuda para nuestra tarea. Pero antes debemos continuar con nuestro repaso a la literatura actual.

¿Quién se emociona?

Burke señalaba como segundo elemento a mejorar lo que él llama una “sociología” de las emociones, esto es, ¿quién se emociona? No se trata, en absoluto, de una cuestión baladí, pues, como hemos visto en el caso de Reddy, el no hacernos esta pregunta puede conducirnos a que la historia narrada sea la historia de una minoría. Una minoría poderosa y significativa, pero minoría al fin y al cabo. El concepto de “comunidad emocional”, desarrollado por Barbara Rosenwein, pretende ser una respuesta a esta pregunta, por mucho que ella no lo plantee en estos términos. Rosenwein define el concepto de “comunidad emocional” como:

[...] groups in which people adhere to the same norms of emotional expression and value - or devalue - the same or related emotions. More than one emotional community may exist - indeed normally does exist - contemporaneously, and these communities may change over time.⁴²⁵

Al centrar nuestra atención en las *comunidades*, Rosenwein nos pide, en primer lugar, que identifiquemos quiénes son los miembros de la misma, esto es, quiénes comparten estas normas y valoran emociones similares. Solventamos de esta forma la cuestión sobre el quién, pero surgen nuevos problemas. El primero, y tal vez más evidente, es la posibilidad de que una persona pertenezca a más de una comunidad, incluso al mismo tiempo. Esta posibilidad, ya contemplada por Fleck al hablar de los *colectivos de pensamiento* (*Denkkollektiv*)⁴²⁶, introduce un dinamismo

caso contenidos en su libro, cfr. Rosenwein, *Emotional Communities in the Early Middle Ages*, 13.

⁴²⁵ Ibid., 2. Vemos en esta definición, al igual que en Reddy y Stearns, el énfasis en el *emotional management* que, dice Burke, caracteriza a aquellos que se decantan por una posición más *naturalista*, recuérdese la crítica de Alberti, véase supra p. 188, nota 406.

⁴²⁶ Ludwik Fleck, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. (Madrid: Alianza Editorial, 1986; primera edición, 1935), 157.

que explica el cambio de los colectivos de pensamiento y que creemos puede ayudar a explicar el cambio en las comunidades emocionales de Rosenwein. Tal vez a consecuencia de esta ausencia de dinamismo interno, el cambio en los casos estudiados por Rosenwein es siempre de una comunidad por otra. Nunca se explica el cambio dentro de una misma comunidad y, cuando se hace, se opta por una explicación claramente insatisfactoria, como la empleada para dar cuenta de las diferencias existentes entre las inscripciones de dos cementerios situados en la ciudad francesa de Trier entre los años 480 y 750:

Were there two emotional communities at Trier, one using the northern cemetery, the other the southern? It seems unlikely. As we shall see, in both places the epitaphs emphasized family relationships, whether or not the explicitly expressed feelings. The differences between the 'emotional styles' of the cemeteries seem best explained by changes over time [...] I suggest that the Trier epitaphs from both northern and southern cemeteries were the product of one community that underwent gradual transformation over time in tandem with changes in cultic practices.⁴²⁷

Resulta cuanto menos curioso explicar el cambio histórico apelando al paso del tiempo, pero esto no hace más que señalar el problema de fondo de una definición de comunidad emocional demasiado estática, en la que Rosenwein sugiere tránsitos de individuos de una comunidad a otra⁴²⁸, sin que ello tenga mayor impacto en el interior de la comunidad. Problema derivado de una identificación excesiva entre “comunidades emocionales” y “comunidades sociales” (familias, monasterios, cortes principescas)⁴²⁹. Las comunidades que nos presenta Rosenwein son, por tanto, pequeñas, cerradas y homogéneas en su composición. Tampoco ofrece ninguna explicación sobre su aparición, es decir, sobre cómo y por

⁴²⁷ Rosenwein, *Emotional Communities in the Early Middle Ages*, 65-66.

⁴²⁸ Ibid., 25. Rosenwein plantea varios conjuntos de comunidades emocionales que contienen, a su vez, subconjuntos. El ejemplo, en su caso, sería una comunidad emocional que podríamos identificar como “cristiandad” compuesta por pequeños subconjuntos como los de las comunidades de Trier, que comparten ciertas características pero se diferencian en otras. La comunidad mayor convive, a su vez, con otras que se componen, igualmente, de diversas comunidades menores, cfr. Ibid., 24.

⁴²⁹ Rosenwein, "Problems and Methods in the History of Emotions," 11.

qué se crean comunidades emocionales. Al identificarlas con “comunidades sociales” pareciera darse por sentado que toda comunidad social es una comunidad emocional, explicándose la aparición de esta última por la de la primera (la creación de una nueva corte explicaría la aparición de una nueva comunidad emocional). Como recientes estudios han mostrado para periodos más cercanos, esto no es siempre así⁴³⁰. Hasta qué punto estos problemas son el resultado de las fuentes disponibles para el periodo que estudia es algo que debatiremos en un apartado posterior.

Pese a estas debilidades, el gran mérito de la aproximación de Rosenwein consiste, precisamente, en señalar el papel social de las emociones como creadoras de comunidades. No sólo responde a la pregunta “¿quién se emociona?”, sino que coloca esta identificación en primer plano. A partir de este estudio deberemos tener en cuenta que hablar de emociones es hablar siempre de individuos, aunque no exclusivamente de ellos⁴³¹.

Conceptos, métodos y teorías

El siguiente punto sobre el que Burke llama nuestra atención es el de los conceptos, métodos y teorías. Como hemos visto en los dos apartados anteriores, gran parte del trabajo realizado por los historiadores de las emociones ha consistido en desarrollar nuevos conceptos que les permitan trabajar con su novedoso objeto de estudio. Ya sean comunidades emocionales, estilos ⁴³², regímenes, o refugios, la tarea de acuñar términos que nos permitan hablar de las emociones en la historia es una de las tareas más fructíferas e interesantes, por lo que conlleva de experimentación y creatividad. No ha sido así, sin embargo, en el apartado metodológico. Esto es especialmente evidente en un reciente texto, ya citado, de Barbara Rosenwein titulado “*Problems and Methods in the History of the*

⁴³⁰ Daniel Miller y Fiona Parrott, "Loss and Material Culture in south London," *Journal of the Royal Anthropological Institute* 15, no. 2 (2009).

⁴³¹ Otras aproximaciones a este problema transitan por campos más familiares para la crítica cultural, como el género, cfr. Christine Battersby, "The Man of Passion: Emotion, Philosophy and Sexual Difference," en *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, ed. Penelope Gouk y Helen Hills (Aldershot: Ashgate, 2005).

⁴³² Peter N. Stearns, *American Cool: Constructing a Twentieth-century Emotional Style*. (New York: New York University Press, 1994).

Emotions". El mayor problema de Rosenwein, en este y otros textos, es la deuda que ha contraído con uno de sus principales referentes, que no es otro que Brian Stock y su análisis de las "comunidades textuales"⁴³³. La propuesta de Rosenwein podría resumirse en el emplazamiento de estas "comunidades textuales", mediante la localización de textos relacionados con emociones (y sólo emociones)⁴³⁴, a través de la presencia, o no, de términos que las designen. Estos términos deberán ser problematizados (una palabra que nosotros relacionamos con una emoción puede estar relacionada con otra en el pasado) a través de la lectura de teóricos contemporáneos a la comunidad objeto de estudio y evaluando su importancia o "peso" en los textos (entendido, en primer lugar, como la frecuencia de aparición del término en el total del texto)⁴³⁵. A estas recomendaciones une la de prestar atención a las palabras no dichas, las metáforas y las ironías⁴³⁶. El método de Rosenwein, por muy novedoso que sea su objeto, no deja de ser el tradicional de la historia: localiza los textos pertinentes, analízalos y obtén conclusiones. Que la historia nace con la escritura es parte de la definición más tradicional de la disciplina. Que podemos ir más allá de ella es algo que hemos aprendido hace relativamente poco.

El libro editado por Gouk y Hills es, en este aspecto, bastante más interesante. Las aportaciones de los distintos autores van desde la historia de las ideas⁴³⁷ hasta los estudios centrados en las prácticas científicas del siglo XX⁴³⁸, sin olvidar el que tal vez sea el más interesante de todos los textos reunidos en este libro conjunto: el de Michael Schwartz y su estudio sobre Giotto y Piero de la Francesca, que intenta cambiar nuestra concepción sobre los *affetti* en la Baja Edad Media e inicios del

⁴³³ Rosenwein, "Problems and Methods in the History of Emotions," 11. El texto de Stock citado por Rosenwein es Brian Stock, *The Implications of Literacy: Written Language and Models of Interpretation in the Eleventh and Twelfth Centuries*. (Princeton: Princeton University Press, 1983).

⁴³⁴ Rosenwein, "Letter to the Editor," 1313.

⁴³⁵ Rosenwein, "Problems and Methods in the History of Emotions," 12-17.

⁴³⁶ Aspectos ya señalados en Peter Burke, *Hablar y callar. Funciones sociales del lenguaje a través de la historia*. (Barcelona: Gedisa, 1996).

⁴³⁷ Helen Hills, "Architecture and Affect: Leon Battista Alberti and Edification," en *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, ed. Penelope Gouk y Helen Hills (Aldershot: Ashgate, 2005).

⁴³⁸ Otniel E. Dror, "Dangerous Liaisons: Science, Amusement and the Civilizing Process," *ibid.*

Renacimiento a través del estudio de la cultura visual de estos autores⁴³⁹. Lo mismo podemos decir del libro colectivo editado por Alberti y dedicado a la historia de la medicina⁴⁴⁰, en el que el estudio de los cambios producidos en la terminología científica sobre emociones⁴⁴¹ convive con la atención prestada a prácticas culturales más amplias, como las del mundo del espectáculo⁴⁴². En este sentido, sin embargo, el ejemplo más interesante es, sin ninguna duda, el libro que Joanna Bourke dedica al miedo⁴⁴³. Las prácticas y enfoques analizados por la autora son tan numerosos (desde el psicoanálisis al control de masas, del cuidado de los niños a las tecnologías de la información) que es fácil clasificar este libro, centrado en la cultura anglosajona desde mediados del siglo XIX hasta finales del XX, como el mejor ejemplo posible de lo que Clifford Geertz llamó *descripción densa*. A la densidad descriptiva une Bourke su inteligente análisis crítico de otras aproximaciones posibles, como la *emocionología* y la psichistoria, así como una reflexión sobre los límites de sus propias elecciones metodológicas⁴⁴⁴. Su propuesta para analizar la historia de las emociones, que pretende evitar algunas de las limitaciones ya expresadas en anteriores apartados de este capítulo, apuesta por centrar la atención en lo que la emoción (el miedo en su caso) *hace*⁴⁴⁵, lo que nos reconduce, nuevamente, a la dimensión política de las emociones, su papel en las relaciones interpersonales y su nexo con el poder, una propuesta que ella llama *Aestesiología*⁴⁴⁶.

⁴³⁹ Michael Schwartz, "Bodies of Self-Transcendence: The Spirit of Affect in Giotto and Piero," *ibid.*

⁴⁴⁰ Fay Bound Alberti, ed. *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006).

⁴⁴¹ Thomas Dixon, "Patients and Passions: Languages of Medicine and Emotion, 17989-1850," en *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, ed. Fay Bound Alberti (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006).

⁴⁴² Rhodri Hayward, "From Clever Hans to Michael Balint: Emotion, Influence and Unconscious in British Medical Practice," *ibid.*

⁴⁴³ Joanna Bourke, *Fear: a Cultural History*. (London: Virago Press, 2005).

⁴⁴⁴ Este análisis está recogido y ampliado respecto a lo presentado en el libro en el ya citado Bourke, "Fear and Anxiety: Writing about Emotions in Modern History."

⁴⁴⁵ Bourke, *Fear: a Cultural History*, 353.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, 353-56; Bourke, "Fear and Anxiety: Writing about Emotions in Modern History," 123-26.

Al hablar de teoría, por tanto, podemos detectar nuevamente el peso del construccionismo y la crítica post-moderna a la historia más tradicional en la atención prestada a prácticas heterogéneas, a las relaciones de poder, etc., sin dejar, por eso, de denunciar los límites de la post-modernidad. También hemos señalado el intenso trabajo de acuñación de conceptos, muchos de ellos compartidos por diversos autores. Sin embargo, al centrarnos en la metodología el resultado es bastante más decepcionante: el análisis de textos es el recurso más utilizado por los autores estudiados, excepto contados casos.

Fuentes

A la hora de tratar un nuevo tema de investigación histórica es fundamental realizar un profundo trabajo sobre las fuentes. No decimos nada nuevo con esto y cualquiera que alguna vez haya trabajado en historia nos dará la razón. Sin embargo, cuando no sólo el tema sino el enfoque del mismo comparten esa novedad, el trabajo sobre las fuentes se convierte en doblemente importante, y por tanto doblemente problemático⁴⁴⁷. Ante tal situación el trabajo con las fuentes es doble: por un lado, la lectura de fuentes conocidas desde el nuevo punto de vista; por otro, la aportación de nuevas fuentes. La historia de las emociones ha sido especialmente fructífera en la primera de estas tareas. Un ejemplo evidente es el de William Reddy, que centra la segunda parte de su libro en una relectura de las fuentes conocidas sobre la revolución francesa⁴⁴⁸, así como en el análisis de una serie de registros judiciales posteriores⁴⁴⁹, todo ello desde el punto de vista de su teoría de las emociones. En la misma dirección se mueve Bourke, si bien en su caso, como ya hemos indicado, las fuentes utilizadas son tan numerosas como heterogéneas. Son especialmente inspiradores los capítulos dedicados a los terrores de la infancia⁴⁵⁰ y los dedicados a la segunda guerra mundial⁴⁵¹. Mención especial merece el libro de Alberti sobre la historia del corazón como centro en que se gestan las emociones, tanto a nivel de la cultura popular como en la historia

⁴⁴⁷ Peter Burke, "Obertura: la nueva historia, su pasado y su futuro," en *Formas de hacer historia*, ed. Peter Burke (Madrid: Alianza, 2003).

⁴⁴⁸ Reddy, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*, 141-210.

⁴⁴⁹ Ibid., 211-314.

⁴⁵⁰ Bourke, *Fear: a Cultural History*, 81-108.

⁴⁵¹ Ibid., 222-54.

de la medicina⁴⁵². Utiliza, para llevarla a cabo, fuentes más o menos conocidas para los historiadores de la medicina, como son la autopsia del famoso cirujano inglés John Hunter (1728-1793)⁴⁵³, o la autobiografía de la escritora y activista inglesa Harriet Martineau (1802-1876)⁴⁵⁴. La lectura de ambos textos desde el prisma de la historia de las emociones, sin embargo, consigue encontrar nuevos datos relevantes allá donde otros habían descontado anécdotas. La historia de la angina de pecho o la importancia de ser diagnosticada con una enfermedad cardíaca en vez de uterina cobran nuevo significado gracias a la estupenda relectura de las fuentes realizada por Fay Bound Alberti.

No ha resultado, al menos hasta el momento, tan fructífera la localización de nuevas fuentes⁴⁵⁵. Todos los ejemplos señalados, y otros que podrían traerse a colación, basan sus excelentes resultados en la relectura de fuentes, pero ninguno, hasta lo que conocemos, ha intentado encontrar nuevas fuentes. Está claro que una parte del problema reside en la dificultad de determinar qué puede ser una fuente para la historia de las emociones que no sean textos que hablen sobre emociones, como señala Rosenwein. Pero si aceptamos sin más esta situación nos encontraremos con casos, precisamente, como el de las comunidades emocionales de Rosenwein: la escasez de fuentes tradicionales (sean lápidas en cementerios o poemas cortesanos) produce una imagen de la vida emocional del pasado fragmentada, superficial y, en muchos casos, poco convincente. No se limita este problema a aquellos estudiosos de pasados remotos. Que las clases populares del siglo XIX han dejado pocas fuentes escritas de información (o que, en el caso de existir, son de dominio privado) es evidente, sobre todo si esas “clases populares” estuvieron internadas en hospitales como el Jesús Nazareno de Madrid. Como hemos visto en el capítulo anterior, la historia de la medicina tiene su propia “forma” de aproximarse a este problema, identificada con la etiqueta “perspectiva del paciente”. En el libro editado por Alberti encontramos, de hecho, notables

⁴⁵² Fay Bound Alberti, *Matters of the Hearth. History, Medicine, and Emotion*. (New York: Oxford University Press, 2010).

⁴⁵³ Ibid., 41-60.

⁴⁵⁴ Ibid., 120-39.

⁴⁵⁵ Nuevamente Bourke es una excepción, a través de la localización de escritos de pacientes o memorias autoeditadas.

ejemplos de este tipo de estudios, como el de Hillary Marland y su análisis del surgimiento de la “locura puerperal” en la Inglaterra del siglo XIX⁴⁵⁶. El texto sigue tres líneas de investigación más o menos complementarias. Por un lado, el análisis de la evolución de los textos científicos sobre el tema a lo largo del siglo XIX; en segundo lugar, las prácticas médicas ejercidas sobre estas mujeres en los casos en que se producía su internamiento en instituciones psiquiátricas; en tercer y último lugar, el análisis de las prácticas de cuidado que se realizaban dentro del hogar de la enferma. En los tres casos, el foco se sitúa en la experiencia del paciente, ya sea a la hora de identificar su estado como una enfermedad, de aplicar un tratamiento o de estudiar el papel de los maridos en la recuperación de la esposa. Pero nuevamente nos encontramos con el mismo problema: las fuentes empleadas son, en su mayor parte, producidas por los médicos que las tratan: tratados de medicina, libros para el cuidado de enfermos en el hogar, casos médicos guardados en los archivos... todas las fuentes son producidas para estas madres “locas”; madres que nunca elaboran una narración de sus sentimientos, o que si lo hicieron no fueron conservadas. La utilización de estas fuentes, por muy lograda y excepcional que pueda llegar a ser –y como son en la mayoría de los casos mencionados en este apartado–, deja una zona inexplorada, un gran blanco en el mapa emocional de las sociedades del pasado. Una zona habitada por aquellos que no nos han dejado fuentes escritas. En lo que respecta a las fuentes, la historia de las emociones debe ser capaz de encontrar fuentes alternativas que iluminen aspectos del pasado que hasta el momento han quedado “por debajo del radar”.

Recapitulación

La producción en historia de las emociones en los últimos diez años ha sido excepcional, tanto en la cantidad como en la calidad de la misma. En los últimos cinco años, además, se ha producido un efecto de profesionalización de la misma que ha dado lugar a la aparición de centros dedicados a su estudio en Londres, Berlín o Sidney, proyectos de investigación financiados por instituciones públicas y privadas, exhibiciones en museos de reconocido prestigio internacional, etc.

⁴⁵⁶ Hilary Marland, "Languages and Landscapes of Emotion: Motherhood and Puerperal Insanity in the Nineteenth Century," en *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, ed. Fay Bound Alberti (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006).

Resulta obvio decir que la historia de las emociones ha evolucionado desde que Burke escribiera su texto en 2005. Sin embargo, como hemos visto, esta evolución en el reconocimiento institucional y público no viene emparejada con un desarrollo interno de la disciplina, que sigue trabajando en coordenadas similares a las detectadas por el padre de la nueva historia cultural. No obstante, el análisis que hemos realizado en estas páginas nos permite extraer propuestas que, desde nuestro punto de vista, conformarán la historia de las emociones en los próximos años, así como áreas en las que se requiere un mayor desarrollo.

La primera de estas apuestas es la que tiene que ver con el enfoque construccionista. Como resulta evidente por el análisis de los textos, se trata esta de la postura, convenientemente matizada, adoptada por la mayoría de los autores. Esta elección conlleva la realización de una historia cultural, tal y como avisaba Jordanova, que atienda a todos los aspectos de la vida humana. Este énfasis en la construcción de las emociones debe, sin embargo, ser complementado por una definición mínima, probablemente tentativa, de qué es una emoción, esto es, qué función cumplen las emociones en la vida del individuo. La propuesta de Reddy contiene algunos elementos que son interesantes en este punto, sobre todo su definición de la emoción como “percepciones” que no alcanzan a despertar nuestra “atención”, pero que sí están “activadas” y, por tanto, afectan a nuestra relación con el entorno. Cómo afectan a esas relaciones, es decir, el “qué hacen las emociones” apuntado por Bourke, es un punto que debe tratarse en mayor profundidad, y que está estrechamente relacionado con el “quién” que ponía de manifiesto Rosenwein. Estas dos preguntas resultan fundamentales, ya que en ellas reside la historicidad de las emociones, sin que esto implique la existencia de un sustrato universal y biológico modificado culturalmente. Desde nuestro punto de vista, qué hace una emoción y quién es afectado son parte de lo que es una emoción. Detectar cambios en estos dos parámetros es detectar cambios *en* la emoción. La cólera del rey, por utilizar un ejemplo de Rosenwein, no es la misma cólera del campesino modulada culturalmente de forma distinta, son dos emociones diferentes⁴⁵⁷.

⁴⁵⁷ Rosenwein, *Emotional Communities in the Early Middle Ages*, 11. Ver también Gerd Althoff, “Ira Regis: Prolegomena to a History of Royal Anger,” en *Anger's Past: the Social Uses of an Emotion in the Middle Ages*, ed. Barbara H. Rosenwein (Ithaca & London: Cornell University Press, 1998).

Nuestra segunda apuesta tiene que ver, en primer lugar, con la definición de la disciplina, y en última instancia deberá apoyarse en una teoría sobre la cultura, por muy tentativa que esta pueda ser. Desde nuestro punto de vista, y así nos parece entender la mayoría de los textos analizados, la historia de las emociones deberá apostar por un enfoque orientado a través del núcleo de la historia cultural, tal y como la define Mary Fissell: la atención al proceso de creación de significados⁴⁵⁸. Esto une el proyecto de la historia de las emociones con el de la ontología histórica, tal y como lo entienden Foucault y Hacking, pero también nos empuja a huir de las “fotos fijas”, al estilo de las comunidades emocionales de Rosenwein, para centrarnos en los procesos, como señalaba Alberti. Para ello es necesario una teoría de la cultura que acentúe su carácter relacional y dinámico y que renuncie a la constitución de formas previas, como las de sujeto y objeto⁴⁵⁹.

Nuestra tercera apuesta tiene que ver con la ampliación del alcance de la historia de las emociones hacia aquellos que, como hemos visto, no han dejado tras de sí evidencias escritas de su vida emocional. Una cosa es decir, como hace Domingo Mambrilla, que en el hospital de incurables se respira un ambiente de paz y tranquilidad, y otra muy distinta que los internos sientan paz y tranquilidad, sobre todo si, como hemos visto, los casos de suicidio son frecuentes. Esto implica la necesidad de multiplicar nuestras fuentes, tanto a través de nuevas lecturas de fuentes conocidas o de la localización de nuevas fuentes textuales⁴⁶⁰ como del uso de otros tipos de fuentes cuyas posibilidades, hasta el momento, no han sido explotadas por la historia de las emociones, como pueden ser las fuentes visuales y las materiales.

El siguiente apartado de este capítulo estará dedicado, precisamente, a desarrollar estos dos últimos puntos. Presentaremos en primer lugar una teoría de la cultura que, al mismo tiempo, permitirá expandir nuestras fuentes hasta el mundo de la cultura material. Posteriormente, plantearemos dos estrategias de investigación posibles gracias a esta nueva teoría y las nuevas fuentes que nos aporta. Entre

⁴⁵⁸ Fissell, "Making Meaning from the Margins. The New Cultural History of Medicine," 365.

⁴⁵⁹ Cfr. Supra., p. 157.

⁴⁶⁰ Como el excelente trabajo llevado a cabo desde la Red de Archivos e Investigadores de la Escritura Popular, <http://www2.uah.es/siece/red/aiep.htm>.

ambas, haremos un breve viaje hasta la psicología para encontrar una teoría de las emociones que sea coherente con nuestra visión dinámica y relacional de la historia.

2.3.- Hacia una historia material de las emociones

La humildad de las cosas

En 1985, Daniel Miller publica su tesis doctoral bajo el título *Artefacts as categories. A study of ceramic variability in Central India*. Este libro es el resultado del trabajo de campo realizado durante tres años en un pueblo de la región de Malwa, situada en la India Central, estudiando la cerámica producida y utilizada por sus habitantes. En palabras de Miller, su intención al llevar a cabo este estudio era contribuir a aumentar el interés por la cultura material como fuente de evidencia en las Ciencias Sociales⁴⁶¹. Escrito desde una perspectiva cercana a la etno-arqueología, Miller trata, sin embargo, temas que serán recurrentes en su producción posterior, de carácter antropológico. El primero de ellos es su interés en los objetos de la vida cotidiana, un interés que encuentra su base en la que es la tesis principal del libro: “[...] objects, as created and interpreted by people, embody the organizational principles of human categorization processes”⁴⁶². La estrategia adoptada por Miller para conseguir probar esta tesis deriva de su formación como arqueólogo: el estudio de los diversos tipos de cerámica empleados por los habitantes del pueblo, con el objetivo de explorar los factores que subyacen a la variabilidad de los artefactos⁴⁶³. Dada la finalidad de su estudio, el trabajo de Miller debe ir más allá de la mera catalogación de artefactos y de las diferencias tipológicas que encuentre entre ellos. Investigar los “factores que subyacen a la variabilidad” implica, para Miller, que esos artefactos deben relacionarse con la

⁴⁶¹ Daniel Miller, *Artefact as Categories. A Study of Ceramic Variability in Central India*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1985), ix.

⁴⁶² Ibid., 1.

⁴⁶³ Ibidem. Este trabajo de Miller se sitúa en la línea de renovación de la arqueología iniciada en la década de los 60, con la “nueva arqueología” y su contestación por parte de jóvenes arqueólogos británicos como Ian Hodder o el mismo Miller. Para una visión general de la historia de la disciplina desde la aparición de la “nueva arqueología” en los 60 cfr. Matthew Johnson, *Archaeological Theory. An Introduction*, 2nd ed. (Chichester: Wiley-Blackwell, 2010).

estructura social en la que se encuentran insertos. Por ello, Miller empieza por definir la cerámica como un código (en el sentido semiótico), en el que la forma de cada pieza debe entenderse, en primer lugar, en relación al resto de miembros del conjunto⁴⁶⁴. Esta primera estrategia le permite organizar el conjunto formado por las distintas clases de cerámica de acuerdo a diversos criterios, que van desde el color hasta la función, pasando por la localización espacial. Sin embargo, esta idea de un conjunto de artefactos como código no permite estudiar los factores que propician esa misma abundancia de tipos. Es por eso que Miller, en su siguiente movimiento, nos habla de la cerámica como una cuadrícula de referencia (*grid*), que es potencialmente *articulable* con otros “códigos” de esa misma sociedad, como puede ser el de las diferencias sociales entre sus miembros (cuando ciertas piezas están restringidas a los miembros de determinadas posiciones sociales o a diversos momentos simbólicos en la vida de la comunidad)⁴⁶⁵. Consigue de esta forma ligar la variabilidad formal de la cerámica con las dinámicas sociales existentes dentro de una cultura. El siguiente paso, y definitivo, es encontrar qué papel juegan los artefactos en una cultura concreta, una vez que ha logrado mostrar su inclusión en las dinámicas sociales. Para ello, utiliza la noción de marco (*frame*), que, siguiendo a Goffman, interpreta de la siguiente forma: “*means by which people are cued into appropriate behaviour [...] so that they do not have expectations inappropriate to the interpretation of these events, but which is intended ultimately as a means of showing how a notion of reality is constructed*”⁴⁶⁶. La propuesta de Miller es que los objetos funcionan como un marco en el sentido de Goffman: la presencia de una serie de artefactos (como puede ser un conjunto de piezas cerámicas) proporciona al individuo las coordenadas para interpretar un determinado evento (un matrimonio, un rito de paso a la edad adulta) en el que insertar su comportamiento, de forma que este tenga sentido⁴⁶⁷. Esta función de los objetos como “marco”, que confiere a la cultura material relevancia cultural, es posible debido a las que son sus dos características principales: por un lado su funcionalidad (que es “naturalizada”, es decir, entendemos que los objetos *tienen*

⁴⁶⁴ Miller, *Artefact as Categories. A Study of Ceramic Variability in Central India*, 164.

⁴⁶⁵ Ibid., 170 y ss.

⁴⁶⁶ Ibid., 181.

⁴⁶⁷ Cfr. infra, p. 224 y ss.

que ser “funcionales”, cuando esta es una opción cultural, arbitraria y política ⁴⁶⁸), por otro su trivialidad:

In the first case, the arbitrary cultural divisions are superimposed on 'natural' (i.e. functional) associations, and in the second case, pottery as trivia contributes to the process of cultural reproduction, because, being very rarely the focus of attention, it is well suited to framing [...]⁴⁶⁹

Esta capacidad de los objetos de pasar desapercibidos y, precisamente por eso, de desempeñar un papel importante en los procesos sociales es lo que Miller llamó “la humildad de las cosas”⁴⁷⁰, una idea que, pese a su dependencia en esta formulación temprana de concepciones estructuralistas –matizadas posteriormente–, o a las más que discutibles comparaciones entre cultura material y “texto” que encontramos en el libro, será una de las grandes aportaciones de Miller a los estudios de la cultura material⁴⁷¹. En primer lugar, al proporcionar una teoría de la cultura material como artefacto –esto es, qué papel juegan los artefactos en nuestros procesos sociales y culturales–⁴⁷². En segundo lugar, la teoría de la humildad de los objetos ofrece una justificación teórica a aquellos estudiosos de los objetos de la vida cotidiana, ya que no importa cuan humilde parezca un objeto porque, en realidad, eso es precisamente lo que le confiere su capacidad de influencia en las dinámicas sociales. En tercer y último lugar, esta teoría de las cosas como artefactos empujó a Miller a dar un paso más allá en la búsqueda de una teoría de la *objetivación*, que el mismo Miller identifica con la búsqueda de una

⁴⁶⁸ Miller, *Artefact as Categories. A Study of Ceramic Variability in Central India*, 191.

⁴⁶⁹ Ibid., 192.

⁴⁷⁰ Miller, *Material Culture and Mass Consumption*, 85-108.

⁴⁷¹ Una excelente revisión de la historia de los *material culture studies* en Dan Hicks, "The Material-Cultural Turn: Event and Effect," en *The Oxford Handbook of Material Culture Studies*, ed. Dan Hicks y Mary C. Beaudry (Oxford: Oxford University Press, 2010).

⁴⁷² Como el mismo Miller reconoce, la suya es tan sólo una de las posibles teorías, y cita expresamente la expuesta conjuntamente por Arjun Appadurai e Igor Kopitoff en su influyente libro de 1986: Arjun Appadurai, ed. *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective* (Cambridge: Cambridge University Press, 2010).

teoría general de la cultura que explicase el papel desempeñado por los artefactos en nuestra vida social⁴⁷³.

No vamos a detallar en qué consiste esta teoría, pero sí a señalar algunas de las características que nos parecen más interesantes. El problema al que se enfrenta Miller es el de la dualidad sujeto-objeto, ya que es esta dualidad, según él, la que impide que el mundo de la cultura material sea considerado seriamente. Para enfrentarse a este problema, Miller se basará en la dialéctica hegeliana, pero profundamente matizada por teorías de Marx y Simmel, así como por el trabajo de campo de la antropóloga estructuralista Nancy Munn sobre la iconografía de los Walbiri (aborígenes australianos que habitan un pequeño territorio de la costa norte del país, cerca de Alice Springs)⁴⁷⁴. Apoyándose en estos textos, Miller desarrolla una teoría de la objetivación que toma como punto de partida la sugerencia de Hegel, en su *Fenomenología del Espíritu*, de que no hay una separación fundamental entre humanidad y materialidad⁴⁷⁵. Miller desarrolla, a partir de estos elementos, una teoría que permite superar la dualidad sujeto-objeto, que no son sino formas derivadas del proceso de objetivación :

“ [...] objectification [...] is *not* a theory of the mutual constitution of prior forms, such as subjects and objects. It is entirely distinct from any theory of representation. In objectification all we have is a process in time by which the very act of creating form creates consciousness or capacity such as skill and thereby transforms both form and the self-consciousness of that which has consciousness, or the capacity of that which now has skill.”⁴⁷⁶

La teoría de Miller sobre los procesos de objetivación nos ofrece una forma de acercarnos a la cultura material que es, en primer lugar, histórica –en tanto que el proceso dialéctico es, por definición, histórico–; en segundo lugar, es dinámica, (en el sentido del nominalismo dinámico de Hacking, puesto que en el proceso de

⁴⁷³ Miller, "Materiality: An Introduction," 7.

⁴⁷⁴ Nancy Munn, *Walbiri Iconography: Graphic Representation and Cultural Symbolism in Central Australia Society*. (Ithaca: Cornell University Press, 1973).

⁴⁷⁵ Georg Wilhelm Friedrich Hegel, *Fenomenología del Espíritu*, trans. Wenceslao Roces. (Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1985; primera edición, 1807).

⁴⁷⁶ Miller, "Materiality: An Introduction," 9.

objetivación ambos, sujeto y objeto, son productores y producto: "*Dialectically we both produce and are the products of these historical processes*"⁴⁷⁷); y en tercer lugar, borra la distinción entre sujeto y objeto, en tanto que esta distinción no es, como acabamos de señalar, sino el resultado aparente del proceso de objetivación. Además, esta concepción de la cultura nos provee con una estrategia de investigación:

"[...] we need our ethnographies to focus upon how precisely our sense of ourselves as subjects is created [...] It is not just that objects can be agents; it is that practices and their relationships create the appearance of both subjects and objects through the dialectics of objectification, and we need to be able to document how people internalize and then externalize the normative. In short, we need to show how the things that people make, make people."⁴⁷⁸

No incidiremos mucho más en este asunto, simplemente queremos recalcar las similitudes con otros proyectos que están en la base de esta tesis, como son los de la epistemología y, sobre todo, la ontología histórica. Similitudes que tienen que ver, principalmente, con su enfoque dinámico, ya sea en relación con conceptos epistémicos, clasificaciones ontológicas o cultura material. El proceso de creación de significados, que diría Mary Fissell; la forma de constituirnos como sujetos, que dirían Foucault y Hacking; la manera en que aparece nuestro sentimiento de "ser sujeto", que dice Miller... intentos todos ellos de entender nuestra forma de relacionarnos con el mundo poniendo el énfasis en la *interacción*, no en aquellos (objetos o sujetos) que interactúan, pues sólo a través de ella podemos explicar el surgimiento de aquellos. Como dice Hacking, la aparición de una nueva forma de describir a la gente no sólo crea nuevas formas de *ser*, sino también nuevas posibilidades de *escoger quién se es*⁴⁷⁹.

Un breve paseo por la psicología social

Como hemos dicho anteriormente, se hacía necesaria una teoría de la cultura que prescindiese de la distinción entre sujeto y objeto, que fuera dinámica y pusiera el énfasis en los procesos constitutivos de la experiencia. La teoría de la objetivación

⁴⁷⁷ Ibidem.

⁴⁷⁸ Miller, "Materiality: An Introduction," 38.

⁴⁷⁹ Hacking, "Kinds of People: Moving Targets," 285.

de Miller es ese tipo de teoría. Pero en ella debemos introducir un elemento ausente y que nos parece necesario: una teoría de las emociones. La tarea es encontrar una teoría de las emociones, que esté sustentada por evidencia empírica proveniente de la psicología, y que sea complementaria con el proceso de objetivación de Miller. Para ello, el énfasis no debe estar tanto en qué sean las emociones sino en cómo acaecen. Es decir, necesitamos una teoría de las emociones que las sitúe como parte del proceso de objetivación, produciendo el mundo y siendo producidas por él, y no fuera de él, en una suerte de paréntesis biológico que no está sujeto a cambios. En cualquier caso, y como un primer paso, aceptaremos la descripción que nos proporcionaba Reddy de las emociones como “activaciones” que no despiertan nuestra “atención”, pero que influyen en nuestra toma de decisiones. A partir de aquí, sin embargo, dejaremos a la psicología cognitiva y buscaremos respuestas en una rama de la psicología que, sin embargo, no aparece frecuentemente en los libros de historia de las emociones, como los analizados en el apartado anterior. Algo que resulta curioso, porque estudia temas como la constitución del individuo, la creación de grupos, las relaciones interpersonales... nos estamos refiriendo, obviamente, a la psicología social. Más concretamente hacemos referencia a un libro publicado en 2004 por Larissa Z. Tiedens y Colin Wayne Leach con el título *The Social Life of Emotions*. Este libro resulta interesante para nuestra propuesta de una historia material de las emociones debido, precisamente, a su apuesta por una concepción de las emociones *fuera* del individuo, una propuesta que ellos llaman *social*:

A social approach to emotion requires [...] that we stop seeing it as an individual response, and start considering it as a bridge between the individual and the world that blurs the boundaries between individuals and their contexts. From this perspective, emotions are one channel through which the individual knows the social world, and the social world is what allows people to know emotions.⁴⁸⁰

Es precisamente el énfasis en el papel de las emociones en las relaciones entre el individuo y el mundo que lo rodea lo que nos interesa de esta aproximación. Para Tiedens y Leach, las emociones se dan (y sólo pueden darse) en la interacción entre el individuo y el mundo que habita, esto es, como parte del proceso de

⁴⁸⁰ Tiedens y Leach, eds., *The Social Life of Emotions*, 2.

objetivación. Es aquí donde las emociones se sitúan, pero van más allá de esta simple localización para señalar el papel dinámico e interactivo de las emociones en la constitución de esta relación. No se trata, dicen los autores, de que las emociones *coloreen* nuestra experiencia del mundo, sino que, como parte del proceso, la crean:

[...] emotion is conceptualized as socially *constituted*. In this form of sociality, emotion is seen as being defined by and defining social relationships. This perspective suggests that we cannot know anything about our social relationships without the emotions that we use to navigate ourselves through these relationships. But, similarly, emotion is fully encompassed by those social relationships. This implies that emotions do not exist within the solitary individual because it depends on social configurations to not just trigger it, but also to actually form it.⁴⁸¹

Qué hace una emoción y a quién. Estas son las preguntas que debemos responder, según estos autores, para definir la “emoción”. Volviendo al ejemplo de la ira del rey, que empleábamos unas páginas más arriba, esta emoción real se diferencia de la del campesino en aquello que *hace*: modificar las condiciones sociales de un país dado, en tanto que la ira del rey es un argumento jurídico que lo mismo sirve para sofocar una revuelta de campesinos que para condenar a un noble a muerte o al destierro. El modo en que esta emoción interactúa con el mundo, la forma en que lo conforma y es conformada por él, es un excelente ejemplo de cómo las emociones son, eminentemente, sociales e históricas.

Las emociones, por tanto, son fundamentales para dotar de sentido a nuestra experiencia, pero esta experiencia no es previa a las emociones, estas no son una mera reacción ante el mundo, sino que el mundo es constituido a través de nuestras emociones. Nuestra experiencia del mundo (del proceso de objetivación, diría Miller) es constituida, transformada, por nuestras emociones⁴⁸². Unida a la dupla “activación” - “atención” propuesta por Reddy, esta teoría de las emociones se integra perfectamente en la teoría de la objetivación de Miller, así como en su

⁴⁸¹ Ibid., 3.

⁴⁸² Ibid., 6. Los autores no ocultan en ningún momento la influencia de Sartre, al que citan numerosas veces a lo largo de la introducción.

propuesta, enfocada a la práctica, de la “humildad de los objetos”. Al ofrecernos una imagen dinámica de las emociones, constitutivas de, pero al mismo tiempo constituidas por, las relaciones entre individuos y objetos, que además funciona a un nivel que no captura nuestra atención, si no que nos aborda con cierta humildad, la imagen que ahora obtenemos es perfectamente coherente con nuestro intento de hacer una historia de las emociones que se centre en la tarea de la creación de sentido del proceso de objetivación, utilizando como metodología las relaciones entre individuos y cultura material, a través de los estudios de caso. En el siguiente apartado propondremos dos estrategias de investigación centradas en el estudio de dichas relaciones. La primera estrategia tiene como foco el estudio de la *biografía* de un objeto, como una de las formas de acceder a las redes de relaciones en que está (o estuvo) inserto. La segunda estrategia consistirá en la introducción del concepto de espacio como el lugar en que estas relaciones acaecen, y cómo el estudio de estos espacios posibilita la comprensión de las emociones de quienes los habitaron.

Biografías culturales de objetos

Vamos a presentar otra teoría de las cosas como artefactos, la desarrollada por Arjun Appadurai e Igor Kopytoff en el influyente libro editado por el primero en 1986, *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. En este libro, Appadurai y Kopytoff, el primero en la introducción y el segundo en el primer capítulo del libro, proponen una teoría de los objetos como mercancía (*commodity*). Esta teoría parte de una enmienda de Engels a la caracterización de la mercancía llevada a cabo por Marx en el primer tomo de *El Capital*:

"Yet in Marx's own writings, there is the basis for a much broader, more cross-culturally and historically useful approach to commodities, whose spirit is attenuated as soon as he becomes embroiled in the details of his analysis of nineteenth-century industrial capitalism. By this early formulation, in order to produce not mere products but commodities, a man must produce use values for others, social use values. This idea was glossed by Engels in a parenthesis he inserted into Marx's text in the following interesting way: "To become a

commodity a product must be transferred to another, whom it will serve as a use-value, by means of an exchange."⁴⁸³

En confluencia con los argumentos de Simmel sobre el valor, Appadurai propone utilizar la aportación de Engels como base de una nueva concepción de la mercancía que ponga el énfasis en la cualidad de *ser hecha para otros*, en su capacidad de servir como objeto de intercambio, es decir, en su aspecto social. Es este énfasis en la *intercambiabilidad* de la mercancía el que permite afirmar a Appadurai que estas tienen una *historia social*, la que correspondería a una determinada clase de cosas, y, apoyándose en Kopytoff, una *biografía cultural*, que se correspondería con la historia de un individuo determinado de la clase⁴⁸⁴. En cualquier caso, tanto Appadurai como Kopytoff coinciden: las cosas (mercancías) desempeñan su función en nuestras relaciones sociales⁴⁸⁵. Este es también el argumento que Miller desarrolla en un texto de 1998 titulado *A Theory of Shopping*⁴⁸⁶. Miller propone en este libro que un estudio detallado de las prácticas de compra nos haría olvidar la idea de que se trata de una actividad egoísta y "materialista", y nos daríamos cuenta de que, en realidad, al comprar, lo que estamos llevando a cabo es un acto de amor. Para Miller, la compra está profundamente relacionada con el sacrificio, entre otros motivos porque, siguiendo a Hubert y Mauss en su obra clásica⁴⁸⁷, "*sacrifice is ultimately about constituting a relationship, and irrespective of whether one wishes to call this a communication or an exchange, its effect is to create the conditions for association*"⁴⁸⁸.

⁴⁸³ Arjun Appadurai, "Introduction: Commodities and the Politics of Value," en *The Social Life of Things*, ed. Arjun Appadurai (Cambridge: Cambridge University Press, 2010), 8.

⁴⁸⁴ Ibid., 34.

⁴⁸⁵ La historia material ha hecho un uso extensivo de las biografías de objetos, hasta el punto de poder casi identificar la una con la otra, cfr. Ann Brower Stahl, "Material Histories," en *The Oxford Handbook of Material Culture Studies*, ed. Dan Hicks y Mary C. Beaudry (Oxford: Oxford University Press, 2010).

⁴⁸⁶ Daniel Miller, *A Theory of Shopping*. (Cambridge: Polity Press, 2005; primera edición, 1998), 18.

⁴⁸⁷ Henri Hubert y Marcel Mauss, *Sacrifice: its Nature and Function*. (London: Cohen and West, 1964).

⁴⁸⁸ Miller, *A Theory of Shopping*, 75. Énfasis nuestro.

La conjunción de ambos argumentos nos conduce en una dirección que nos será de utilidad de aquí en adelante: los objetos, las prácticas con los objetos (sean de intercambio, de cuidado, incluso las prácticas destructivas), guardan relación con las relaciones que mantenemos con las personas. Más concretamente: la acumulación de objetos se utiliza para constituir relaciones⁴⁸⁹. La biografía cultural de los objetos nos permite conocer qué tipo de relaciones son y cómo se desarrollaban.

Espacio, cultura material e individuo

La siguiente estrategia de investigación que proponemos pasa por prestar atención al espacio, entendido como el lugar en que las relaciones entre el individuo y la cultura material son ordenadas de una forma determinada. Ejemplos de espacio pueden ser un taller mecánico (en que dichas relaciones se organizan atendiendo a un principio que podemos llamar pragmático, siendo más accesibles aquellos artefactos que son usados más habitualmente), o una exposición temporal de un museo (en la que los objetos son organizados, atendiendo a sus cualidades materiales⁴⁹⁰, para despertar ciertas sensaciones en los visitantes). No obstante, “espacio” es un término que tiene un largo recorrido en la historia de la filosofía occidental, por lo que una aproximación intuitiva, como la presente, resulta insuficiente. Al mismo tiempo, sin embargo, un análisis detallado de los debates y definiciones alrededor del término es algo que escapa a los objetivos de esta tesis, y que, además, resultaría contraproducente para la exposición. Por eso hemos decidido prescindir de dicho debate y volvernos hacia aquella disciplina que ofrece una interpretación y un uso del concepto de “espacio” próximo al que vamos a utilizar en nuestra argumentación: la geografía humana.

⁴⁸⁹ Miller y Parrott, "Loss and Material Culture in south London."

⁴⁹⁰ Sobre las relaciones entre cualidades materiales y experiencia subjetiva cfr. Nike Fakiner, "Material Properties and Subjective Experiences: the Distant Proximity of Gustav Zeiller's Wax Models" (paper presentado en *Passionate Minds: Knowledge and the Emotions in Intellectual History*, University of Bucharest, 26-28 may 2011). Para una propuesta de análisis de las cualidades emocionales de los objetos basada en su materialidad, cfr. Clara Zarza García-Arenal, "The Emotional Lives of Objects" (paper presentado en *Mastering the emotions: Control, contagion and chaos, 1800 to the present day*, Centre for the History of the Emotions, Queen Mary University, London).

Entre los teóricos que más han trabajado el concepto de espacio en la geografía humana debemos destacar, por la calidad de sus trabajos y por el impacto de sus propuestas dentro y fuera de la disciplina, a Nigel Thrift. Él es el autor de la entrada dedicada al concepto de espacio en la obra de referencia de Clifford et al., *Key Concepts in Geography*⁴⁹¹, y que el autor titula *Space: The Fundamental Stuff of Human Geography*⁴⁹². En este capítulo, Thrift rechaza que el espacio sea un simple contenedor dentro del cual el mundo *acaecer*, sino que el espacio es producto de ese *acaecer*. Para Thrift, los espacios son el resultado del trabajo de construir y mantener colectivos mediante el proceso de establecer relaciones entre diferentes “cosas”. Este trabajo da lugar a la aparición de diferentes tipos de espacios (el espacio empírico, el espacio de las imágenes, etc.), pero todos ellos comparten las mismas características: son relacionales e interactivos. Es decir, el espacio se produce debido a las interacciones entre el individuo y la cultura material, interacciones que, a su vez, son modificadas por el espacio⁴⁹³. Nigel Thrift ha dedicado todo un libro a estudiar las relaciones entre espacio, política y afectos, desarrollando esta idea de espacios relacionales e interactivos⁴⁹⁴. Dicho desarrollo, sin embargo, no termina de convencernos. Coincidimos con Cooter y Stein en que el abandono, por parte de Thrift, del estudio de los procesos de creación de significados, así como la prioridad atribuida a la biología y a la neurología, nos vuelven a conducir a un campo en que la historia no sería posible⁴⁹⁵. Pese a ello, entendemos que la conceptualización que hace Thrift del espacio puede ser útil para una historia de las emociones como la que hemos delineado aquí. Como parte del proceso de objetivación, estas construcciones espaciales son también históricas, y su “naturalización” es el resultado del mismo proceso que, como hemos visto, nos permite “naturalizar” las cualidades de los artefactos. De esta

⁴⁹¹ Nicholas J. Clifford et al., eds., *Key Concepts in Geography* (London: Sage Publications, 2009).

⁴⁹² Nigel Thrift, "Space: the Fundamental Stuff of Human Geography," en *Key Concepts in Geography*, ed. Nicholas J. Clifford, et al. (London: Sage Publications, 2009).

⁴⁹³ Ibid., 96.

⁴⁹⁴ Thrift, *Non-Representational Theory. Space, politics, affect*. Algunas de las ideas presentadas en el libro aparecieron previamente en Nigel Thrift, "Intensities of Feeling: Towards a Spatial Politics of Affect," *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography* 86, no. 1 (2004).

⁴⁹⁵ Roger Cooter y Claudia Stein, "The New Poverty of Theory: Patrick Joyce and the Politics of "the Material Turn"," *Past and Present* in press(2011): 17.

forma, el espacio pasa a formar parte de los marcos experienciales, de aquello que escapa a nuestra atención pero activa nuestro "*thought material*", de las relaciones entre personas y artefactos.

El siguiente capítulo parte de esta concepción del espacio para centrarse en la parte relacionada con las emociones. Acuñaremos, para ello, el concepto de "espacio enmarcado", como un intento de ordenar y clasificar, atendiendo a su papel en dichos espacios, las diversas relaciones que lo componen. A partir de él, definiremos determinados espacios como "emocionales". Se trata, por tanto, de un estudio de caso que nos permita explorar las posibilidades que la historia material de las emociones promete abrir, a través, en esta ocasión, del análisis del espacio. El cuarto capítulo, y último, de la tesis explorará otra posibilidad, aquella que hemos identificado con la *biografía cultural de los objetos*. A través de la escritura de dicha biografía localizaremos y analizaremos las redes relacionales (y cargadas de emociones) en las que el objeto se encontraba inserto. En ambos casos, la idea rectora es intentar encontrar alternativas (metodológicas y en relación a las fuentes) que nos permitan analizar la experiencia emocional de aquellos que no nos han transmitido emociones escritas, pero sí han vivido en espacios a los que podemos acceder o dejado objetos que podemos manipular.

3.- “El silencio de las simpatías”. Espacios emocionales en la medicina del Siglo XIX

En enero de 1891, en el Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen de Madrid, la Junta de Caridad, compuesta por señoras de la alta sociedad de la época como la marquesa de Martorell o la condesa de Toreno, se reúne para imponer una sanción a los internos Hipólito Moreno y Eduardo Plana. La sanción, en este caso, será ejemplar, y llega incluso a ir en contra de los reglamentos aprobados apenas cinco años antes y publicados en la *Gazeta de España*. Se castiga a estos internos a cuatro meses de reclusión en el recinto del hospital y a la pérdida del privilegio de recibir visitas. Pero no queda ahí el veredicto de la Junta de Damas, sino que va más allá cuando recomienda que, en caso de que los internos reincidan en la misma falta, sean expulsados inmediatamente del hospital. Sorprende el castigo por su dureza y, como decíamos, por contradecir incluso el reglamento de la institución, que en su capítulo XXIV tan solo permitía la “supresión de paseos y recreos”, siempre y cuando no perjudicaran a la salud del enfermo, como forma de castigo (junto a la amonestación en privado y en público y la expulsión del centro). El castigo, por tanto, rozaba los límites reglamentarios y, en cualquier caso, sí que aconsejaba aplicar la medida de mayor dureza contra Hipólito Moreno y Eduardo Plana: la expulsión.

No podemos dejar de pensar que la dureza del castigo debe corresponderse a la gravedad de la falta, pero, ¿qué falta habían cometido Hipólito y Eduardo? La respuesta es, cuanto menos, desconcertante. La privación de visitas y paseos durante cuatro meses, así como la recomendación de expulsión del centro, responden al hecho de que Hipólito Moreno y Eduardo Plana fueron sorprendidos jugando a las cartas en el centro. Que esta fuera la falta que merecía un castigo tan duro no puede menos que llamarnos la atención. Se antoja desproporcionado, incluso cruel, comparado con la gravedad de aquella. Y sin embargo, el Comité tiene razones para imponer tal castigo. Razones que expone: el juego, nos dicen, provoca violentas pasiones en los internos. La sentencia de la Comisión, por tanto, nos sitúa en el terreno de la gestión emocional. Lo que se castiga no es el juego en sí, que obviamente no es “una buena costumbre”, sino el motivo por el que se juega: la alteración de las emociones que se produce en los jugadores. El hospital,

por tanto, se convierte en gestor de las emociones de sus internos. Al prohibir el juego lo que se pretende es evitar las pasiones que el juego levanta, y que pueden causar daño a los enfermos y a la institución. Esta gestión de las emociones se consigue convirtiendo al hospital en un *espacio emocional*, concepto que se definirá en el tercer apartado del presente texto. Para llegar a tal definición será necesario ver qué pasiones son las que levanta el juego y por qué son tan peligrosas para los internos del Hospital Nuestra Señora del Carmen.

3.1.- Un duro en piezas. Juego y desposesión del Yo

En *Los jugadores* (Ilustración 21), Simón Gómez Polo (1845-1880) –pintor de la escuela catalana que realizó esta obra en el año 1870, actualmente en el Museo de Arte Moderno de Barcelona–, presenta, sobre un fondo oscuro, a tres ancianos jugando a los dados mientras otro, más joven, los observa. Sobre la mesa, una frasca de vino, los dados, la mano del que lanza y unas monedas. Curiosamente, no hay vasos. El lanzador, con la cabeza ladeada, mira fijamente al personaje situado a la izquierda, que lleva sus manos a la cabeza. Es una mirada de superioridad, del que sabe que ha derrotado completamente al otro. El tercero en discordia, al fondo, fuma su pipa mientras contempla al que ha realizado la jugada. El observador, de pie, reclinado hacia la mesa, con pinta de lechuguino, atiende el juego con una sonrisa en la boca y mirada divertida... A la izquierda, aislado de los tres que conforman un grupo, encontramos al otro jugador, un tercer anciano que presenta un aspecto totalmente desesperado, sosteniendo la cabeza con la mano izquierda. Suponemos que el dinero que hay sobre la mesa es suyo y, también, que la jugada que acaba de salir a su contrincante significa que lo ha perdido. El pañuelo en la mano derecha, que descansa en su rodilla, nos permite imaginar que ha secado el sudor de su frente más de una vez, señal de un nerviosismo recurrente. Todo el cuadro está marcado por las emociones de los representados: la profunda desesperación del perdedor, la condescendencia y el orgullo del ganador, la indiferencia del fumador, la curiosidad del joven. Si el Comité disciplinario del Nuestra Señora del Carmen señalaba las “violentas pasiones” que el juego suscita,

el cuadro de Gómez Polo se detiene en algunas de ellas. Pasiones violentas que, en muchas ocasiones, pueden terminar en violentos altercados (Ilustración 22)⁴⁹⁶.



Ilustración 21: Los Jugadores (1870). Simón Gómez Polo (1845-1880). MACBA, Barcelona.

⁴⁹⁶"La taberna, espacio por excelencia en el que las clases populares consumían alcohol, se convirtió en un lugar asociado a la criminalidad, en el que siempre planeaba como una amenaza la posibilidad de una reyerta provocada por un motivo baladí y cuyo detonante era el alcohol que allí se bebía." Ricardo Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*. (Madrid: CSIC, 1997), 155-56. La asociación entre juego, violencia y taberna se desarrolla más adelante en el presente texto.



Ilustración 22: Jan Steen (1626-1679) *Argument over a Card Game*. Olio sobre lienzo, Staatliche Museen, Berlin.

El juego es por tanto peligroso para los internos, y esto se debe, principalmente, a dos motivos. En primer lugar, porque el juego, por sí mismo, enciende las pasiones hasta el punto de que el jugador puede llegar a perder todo control sobre sí mismo. Este es el caso presentado en *Currillo el Esquilaor: parodia en un acto y cuatro cuadros*⁴⁹⁷, parodia de la zarzuela *San Franco de Sena* (basada, a su vez, en la obra del mismo título de Moreto), con libreto – la zarzuela – de Estremera y música de Arrieta, estrenada en el Apolo el 27 de octubre de 1883. La parodia, por su parte, fue escrita por Gabriel Merino, con música de Luís Arnedo, y publicada en 1884 en Madrid⁴⁹⁸. En la escena X de la parodia, Currillo, alter ego del santo de Sena, se ve envuelto en una partida de cartas:

⁴⁹⁷Gabriel Merino y Pichijo, *Currillo el esquilaor: parodia en un acto y cuatro cuadros (de la zarzuela "San Franco de Sena")*. (Madrid: Establecimiento Tipográfico de M.P. Montoya y Compañía, 1884).

⁴⁹⁸ Al parecer, Emilio Arrieta jamás perdonó a su antiguo alumno el que colaborara en esta burla, cfr. Alejandro Miquis, "Cincuenta años de teatro: Nacimiento de la Zarzuela," *ABC*, 20/04 1933.

“COLÁS: Muy mal empiezas.

CURRILLO: No me importa, Colás. Va un duro en piezas. (Echa dinero y juegan).

ANDRÉS: Has perdido otra vez.

CURRILLO (desesperado): ¡Maldita sea! (pausa) (Registrándose los bolsillos) ¡Mi navaja en un duro! (Sacándola) Que se vea.”

La pasión por jugar empuja al implicado a apostar todo lo que lleva encima. Currillo, en este caso, se lo juega todo y, cuando no queda nada, apuesta sus orejas, que, por castigo divino, se convierten en las de un burro. El juego se convierte aquí en el puente a través del cual las emociones de los implicados irrumpen en la escena, emociones que hacen perder la razón al protagonista, hasta que este pierde todo control sobre las propias acciones, que están dirigidas por las pasiones desatadas por la apuesta. Esta pérdida de voluntad tan sólo puede conducir al jugador a un final trágico, si bien, en este caso, con hilarantes consecuencias.

No podemos menos que situar la pérdida de la voluntad que comporta el juego en el contexto expuesto en el capítulo 1 de esta segunda parte sobre la constitución del sujeto. En su curso de psicología, Monlau distingue tres facultades del alma, a las que debe el hombre ser *persona* y no *cosa*, esas facultades o potencias son: la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad⁴⁹⁹. De estas tres facultades, las dos primeras se distinguen por ser *pasivas*, es decir, no tenemos conciencia directa de ellas, sino que suponemos su existencia por sus efectos. La voluntad, sin embargo, es activa, en el sentido de que somos conscientes de ella⁵⁰⁰. La voluntad es, para Monlau, la base del Yo, de la subjetividad:

De la oposición que acabamos de hacer notar, resulta que la voluntad es, como dice Descartes, lo más propiamente *nuestro* que hay en nosotros; ó, más bien, la voluntad es *nosotros mismos*, y ella sola constituye, por decirlo así, la *persona humana*.⁵⁰¹

⁴⁹⁹Monlau y Rey y Heredia, *Curso de Psicología y Lógica*, 21.

⁵⁰⁰Ibid., 22.

⁵⁰¹Ibid., 23.

La pérdida de la voluntad implica, por tanto, una pérdida del yo, puesto que “*la voluntad es el YO*”⁵⁰², “*la voluntad constituye la vida personal*”⁵⁰³. La voluntad implica una *posesión de sí mismo*, contrapunto pasivo de la actividad volitiva, e imprescindible para que esta se produzca (sin ser parte de ella, que se define por la resolución)⁵⁰⁴. Esta posesión de uno mismo⁵⁰⁵ explicaría las diferencias de los caracteres. En efecto, si la voluntad es igual en todos los seres humanos, tal y como indica Monlau, la diferencia entre caracteres firmes y débiles estribará en la extensión e intensidad de uso de la voluntad, algo que depende de esa *posesión de sí mismo* como contraparte pasiva de la volición. Lo que hemos llamado “pérdida de voluntad” en el juego sería en realidad, por tanto y según Monlau, una *desposesión de uno mismo*. Por mucho que nos pueda extrañar no se trata, nuevamente, de una cuestión de clases sociales, sino de un problema estrechamente relacionado con la constitución de la subjetividad⁵⁰⁶. No obstante resulta pertinente señalar que, pese a que en principio cualquiera puede ser víctima de la pasión por el juego, serían las clases “pobres” las que mayor riesgo correrían, puesto que en ellas la fuerza de la voluntad es más débil:

[...] el miserable que se asusta al hablarle del trabajo, y que prefiere la miseria a la ocupación útil, pasa días y noches enteras en el fondo de una taberna entreteniéndose su espíritu con las emociones del juego de azar, perdiéndose con sus compañeros de orgía en este abismo sin fondo [...] ⁵⁰⁷

⁵⁰²Ibid., 24.

⁵⁰³Ibid., 81.

⁵⁰⁴Ibid., 80.

⁵⁰⁵Que se relaciona con el autoconocimiento, cfr. supra. página 165 y ss.

⁵⁰⁶ “[...] la pasión del juego. Si comúnmente toma origen en la ociosidad de la opulencia, nace también a veces de la miseria y de los disgustos, del trato con los caballeros de industria, del mal ejemplo, de la ocasión”, en Pedro Felipe Monlau, Elementos de Higiene Pública, 2 vols., vol. 2. (Barcelona: Imprenta de D. Pablo Riera, 1847), 784. Por su parte, Letourneau nos recuerda que Descartes “tuvo, durante su juventud, la pasión del juego sobre la que no triunfó más que a fuerza de voluntad y de filosofía”, véase Charles Jean Marie Letourneau, Physiologie des passions. (Paris: G. Baillière, 1868), 56.

⁵⁰⁷Salarich, "Higiene del Tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón," 205. También Monlau insiste en la facilidad de los más pobres para caer en las garras del vicio: “*La embriaguez, la gula, el*

Esta última cita de Salarich introduce el segundo elemento que convierte al juego en un peligro: el lugar donde este tiene lugar, un ambiente de depravación y delito, tabernas donde el alcohol y las prostitutas son parte permanente del paisaje, y el baratero impone su ley. En *El Capitán de la Chesnaye*, folletín de Ernesto Capendu publicado en Barcelona en 1861, y publicado por entregas, posteriormente, por *La Correspondencia de España* entre 1879 y 1880, encontramos un claro ejemplo de estos ambientes patibularios en los que el juego se desarrolla⁵⁰⁸. En la entrega del 19 de enero de 1880, Capendu nos relata el ambiente del salón de juego donde entran los personajes:

“Aquellos dos que juegan a los dados diciéndose mil injuriosas frases, amenazándose con el puño y con la daga, gritando y dando alaridos a cada jugada, son Juan Horca y Santiago el Chocarrero, los acólitos de maese Jonás [...] Por todas partes, en fin, comen, beben, gritan, peroran, aúllan, ladran, maúllan, lloran, ríen, disputan, se abrazan, se pelean, blasfeman, se cocean en medio de un concierto horrible formado por clamores espantosos [...]”⁵⁰⁹

La taberna, lugar en el que la pasión por el juego es liberada, es el lugar en el que las clases más desfavorecidas tienen acceso a las costumbres más depravadas y donde dan rienda suelta a sus más bajos instintos. La literatura médica del XIX

juego, el libertinaje y la pereza, son las pasiones dominantes en los hombres; la prostitución y la estafa son los vicios y delitos que la policía y los tribunales se ven precisados á reprimir y castigar con más frecuencia en las obreras”, en Pedro Felipe Monlau, *Higiene Industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?* (Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, 1856), 85.

⁵⁰⁸ Sobre la autoría cfr. Dionisio Hidalgo, *Boletín Bibliográfico Español*, vol. III. (Madrid: Imprenta de las Escuelas Pías, 1862).

⁵⁰⁹ Ernesto Capendu, “El Capitán de la Chesnaye.” *La Correspondencia de España*, 19/01/1880. Obviamente, hay mucho de descripción estereotipada y de género en este pasaje, no obstante, es precisamente esta asociación entre juego y una suerte de “incontinencia emocional” lo que subyace a la sentencia del Comité, una asociación construida sobre materiales no mucho menos estereotipados que el presentado en este folletín. En esta misma dirección apunta Ricardo Campos en su análisis del discurso burgués sobre la taberna: “[...] se observa una excesiva uniformidad y abstracción en su tratamiento, propiciada por la incapacidad burguesa de eludir los tópicos y los prejuicios, en la descripción de los mismos. La imagen de la taberna no parece superar una serie de rasgos que la definen como antihigiénica e inmoral”, en Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, 179.

señala precisamente a la taberna, en tanto que opuesta a la familia y al hogar, como el lugar en que se originaban todos los males de las clases más bajas⁵¹⁰:

El pobre empieza a ir a la taberna en busca de sociedad y de distracción; hay gente, conversación animada, se juega, etc, etc. Una vez allí, bebe, convida, le convidan, se anima, bebe más, para demostrar que tiene dinero que *aguanta* mucho, por emulación, que la tiene el vicio como la virtud. Se le pasa el tiempo agradablemente, se aficiona a ir, cada día bebe más, y le repugnan menos las cosas repugnantes que allí ve y oye, de modo que, al cabo de algún tiempo, es un vicioso o un criminal, o entrambas cosas, según varias circunstancias unas personales suyas, y otras de los que le rodean.⁵¹¹

La taberna se asocia, por tanto, con la delincuencia⁵¹², el alcoholismo, la prostitución, la revuelta obrera⁵¹³... en fin, con todos los vicios posibles en una clase, la de los pobres, que estaba predispuesta a ellos por una falla en la constitución de la subjetividad de sus miembros⁵¹⁴. Y de entre todos los vicios reunidos en el espacio de la taberna, el juego es uno de los que mayor impacto tiene sobre ella:

Allí, alrededor de una mala mesa, junto a una copa de vino comprado con los ahorros de su familia, pasa el vagabundo jugador la parte más florida de sus años

⁵¹⁰Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, 184.

⁵¹¹Concepción Arenal, "La Taberna," *España Social* 7(1911): 3. Citado en Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, 168-69.

⁵¹²Gustave Doré y Jean Charles Davillier, *Viaje por España*, 2 vols., vol. 2. (Madrid: Anjana Ediciones, 1982; primera edición, 1862-1873), 216.

⁵¹³Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, 165.

⁵¹⁴El higienismo toma en consideración otros muchos elementos, como son la organización del trabajo, la miseria, las condiciones de vida de los llegados a la ciudad para trabajar en la industria, la herencia, etc., cfr. Campos Marín, Pérez y Huertas, *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, 166 y ss. Sin embargo, estas condiciones no son sino elementos que se oponen a la voluntad. El *mérito* consiste, precisamente, en la realización del esfuerzo necesario para vencer estos obstáculos, cfr. Monlau y Rey y Heredia, *Curso de Psicología y Lógica*, 74. De ahí que hubiera "pobres buenos", como los habría calificado Concepción Arenal, y también era esta la razón que justificaba el mito de la movilidad en la escala social, tan bien descrito por Galdós en sus novelas de *Torquemada* pero también el hecho de que el caer en el vicio fuera, en última instancia, una responsabilidad individual, véase Benito Pérez Galdós, *Las novelas de Torquemada*. (Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo de Gran Canaria, 2008).

[...]no goza del sol, de la luz, ni de los placeres sociales, porque su incuria y pasión le condenan a vivir aislado de todo afecto; porque sus amigos, y su familia cuya desventura causa, llegan a aborrecerle y abandonarle a sus pasiones favoritas, a los compañeros de juego [...] entre quienes no tarda en embrutecer su alma, pervertir su moral y convertirse en objeto repugnante, de menosprecio y peligroso para la sociedad.⁵¹⁵

El juego entre las clases populares se relaciona, como muestra este texto y otros similares⁵¹⁶, con un vicio y una degeneración que tiene como mejor representación la expresión violenta y descontrolada de las pasiones⁵¹⁷. Esta “incontinencia emocional” del jugador bien puede ser una marca de clase, pero como indica muy claramente la historia de Currillo, el juego hace aflorar fácilmente las pasiones como un distintivo propio de su misma naturaleza: si las clases populares no tienen gran control sobre sus pasiones, el juego es el terreno idóneo que permite que se desborden. Por otra parte, el juego en las clases populares se encuentra estrechamente relacionado con un espacio de sociabilidad que escapa a los controles de la burguesía⁵¹⁸, que se contrapone a la vida familiar (y moral), y que es el origen de gran parte de los problemas que representa este sector de la población. La taberna, espacio demonizado por la medicina, se opone frontalmente al espacio que nuestros dos internos, Hipólito Moreno y Eduardo Plana, habitan. Un espacio que, por tanto, no puede admitir el juego entre sus muros.

Marcos emocionales

Volvamos al cuadro de Gómez Polo. Quisiéramos señalar un segundo elemento: la composición misma del cuadro, el instante del juego. Como vemos, los cuatro integrantes de la escena se encuentran situados en medio de la oscuridad, aislados

⁵¹⁵Salarich, "Higiene del Tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón," 205-06.

⁵¹⁶ Ver la descripción de la Taberna de la *Blasa* hecha por Baroja, *La Busca*, 114-19.

⁵¹⁷ Monlau nos dice que una de las causas principales por las que nos aproximamos al juego es “*el anhelo de emociones variadas*”, en Pedro Felipe Monlau, *Elementos de higiene privada o arte de conservar la salud del individuo*, 3 ed. (Madrid: Librería de Moya y Plaza, 1864), 403. Y también Salarich: “*Las ardientes emociones del juego forman una de sus más gratas delicias*” en Salarich, “Higiene del Tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón,” 207.

⁵¹⁸Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, 157.

del resto del entorno, como si a su alrededor se hubiera creado un marco de sombras, entre las que entrevemos, pero sin que llegue a formar parte de la escena, el rostro desconocido de quien debe ser, con bastante probabilidad, la tabernera. Lo realmente significativo de este cuadro, lo que consigue atrapar la habilidad del pintor, no es, en realidad, la escena costumbrista de tres ancianos jugando a los dados en una taberna del último cuarto del XIX, sino la esencia misma del juego: el hecho de que jugar sitúa a los jugadores en un marco experiencial distinto al que habitaban antes. Sus actos (mover la mano, situar unas monedas sobre la mesa, sostener un pañuelo) se interpretan de forma distinta dentro de este nuevo marco que nos permite entender lo que está ocurriendo. Esta franja de experiencia⁵¹⁹ congelada en el cuadro de Gómez Polo sólo puede ser descifrada si tenemos en cuenta el hecho de que “están jugando”. El juego, por tanto, implica un cambio de marco. El marco de experiencia anterior al juego ya no está vigente, ahora sólo es posible interpretar las acciones de los protagonistas dentro del nuevo marco. Y más aún, los jugadores solo pueden vivir la experiencia que el nuevo marco les “permite” vivir. Goffman define el marco, en su obra *Frame Analysis*, como “aquel que se considera que convierte en algo que tiene sentido lo que de otra manera sería un aspecto sin sentido de la escena”⁵²⁰. En esta dirección, ante la escena pintada por Gómez Polo, lo que confiere sentido a lo que está ocurriendo es que identificamos el marco en que los personajes se insertan. Al identificar que están jugando, aspectos como las monedas sobre la mesa o el movimiento de la mano del lanzador adquieren un significado que, si no fuera por ese marco, escaparía de nosotros. Los marcos no sólo proporcionan sentido al observador, sino que también lo hacen a los que se encuentran en su interior: el marco permite dar sentido a la experiencia vivida al insertarla dentro de unas coordenadas culturales, al proporcionar un sistema de reglas. El participante en el marco, por tanto, moldeará su experiencia para responder a las coordenadas proporcionadas por el marco en que se inserta,

⁵¹⁹Erving Goffman, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. (Madrid: Siglo XXI / CSIC, 2006; primera edición, 1975), 11.

⁵²⁰Ibid., 23.

actividad que, al mismo tiempo, construye el marco. Sin esta interacción entre marco y participante, sería imposible dotar de sentido a la acción⁵²¹.

El juego, por tanto, se define como un marco que confiere sentido a determinadas franjas de experiencia. Como hemos visto, parte del contenido del marco “juego” consiste en lo que hemos llamado “incontinencia emocional”. Entre los conjuntos de reglas (más o menos claras) que componen los marcos, se incluyen normas sobre la gestión emocional. Así, la asistencia a un funeral implica una serie de normas sobre las emociones que el asistente debe sentir y expresar, unos límites para esa expresión de las emociones, etc. El juego, como se ha visto en los ejemplos anteriores, se caracteriza por dejar un amplio margen para la expresión de las emociones. No nos extraña que un jugador grite de alegría cuando realiza una excelente jugada al lanzar los dados, mientras que, fuera del marco del juego, encontraríamos extraño el mismo entusiasmo por el hecho de arrojar dos cubos sobre una mesa con un movimiento de la mano izquierda.

La idea de “marco emocional”, que haría referencia a aquellos elementos que regulan la presencia de emociones dentro de una actividad dada, nos permitirá entender la importancia que para los miembros del comité disciplinario del Nuestra Señora del Carmen tiene el prohibir el juego dentro de las salas del hospital. En los siguientes apartados introduciremos dos nuevos conceptos que ayudan en la interpretación del suceso histórico: el espacio enmarcado (*framed space*) y la atmósfera.

3.2.- Espacios emocionales: el silencio de las simpatías

Así pues, el motivo para prohibir el juego no es el juego en sí, sino esa “incontinencia emocional” que hemos descrito. ¿Por qué es tan importante, en un centro como el Nuestra Señora del Carmen, evitar situaciones de incontinencia emocional? Para dar respuesta a esta pregunta debemos acudir a las obras médicas sobre las enfermedades crónicas y de la vejez del siglo XIX⁵²². De entre ellas, cabe

⁵²¹ “Permítaseme repetir que puesto que el marco incorpora tanto la respuesta del participante como el mundo al que está respondiendo, necesariamente interviene un elemento reflexivo en la visión perspicaz de los acontecimientos de cualquier participante” *ibid.*, 91.

⁵²²Resumimos aquí algunos argumentos que ya han aparecido con anterioridad en el texto, si bien

destacar dos obras de origen francés y traducidas al castellano entre 1875 y 1885. La primera de ellas es el *Tratado práctico de las enfermedades crónicas*, de Maxime Durand-Fardel, publicado originalmente en 1854. Esta es, sin lugar a dudas, la primera gran obra sobre las enfermedades crónicas y de la vejez que se publica en Europa en el siglo XIX. El segundo libro está escrito en 1866 y está firmado por Jean-Marie Charcot, con el título *Lecciones clínicas sobre las Enfermedades de los Viejos y las Enfermedades Crónicas*, y se publica en España en el año 1883, como el anterior en la *Biblioteca escogida de Cirugía y Medicina*, bajo la dirección de Méndez Álvaro. Lo primero que cabe destacar es la proximidad de las tres categorías que vamos a barajar, y que se hace patente en el título de Charcot. Las enfermedades de la vejez, las crónicas y las incurables son, durante el siglo XIX, prácticamente una misma cosa. Las razones con que se explican, las prácticas médicas que las rodean, los discursos que intentan delimitarlas son, casi punto por punto, idénticos. En este caso, son dos los elementos que nos interesan. El primero es la incapacidad de la medicina para curar estas enfermedades. La misma definición de enfermedad incurable, tantas veces mencionada (aquellas que no se pueden curar), lo indica. Las enfermedades de la vejez dependen del estado orgánico del cuerpo anciano, y como tales no pueden ser curadas, a no ser que se revierta el proceso de envejecimiento, algo a todas luces imposible. Por tanto, si no pueden ser curadas, nos dice Charcot, lo único que está en manos del médico es paliarlas. El libro de Charcot, que presta gran atención a la gota y al reumatismo articular, señala la incapacidad de los medios utilizados en la medicina para la curación de estos males crónicos⁵²³, así como su relativa incapacidad para paliar sus síntomas. En estos casos, nos dice Charcot, debemos dar la primacía a “*los modificadores higiénicos*”⁵²⁴. De la misma opinión es Durand-Fardel⁵²⁵. Ante la incapacidad de la medicina para curar y paliar los efectos de las enfermedades crónicas y propias de la vejez, y en tanto que estas son *constitutivas*, la práctica médica que debe primar en estos casos es la higiene.

haciendo especial énfasis en los aspectos relacionados con las emociones.

⁵²³Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 234.

⁵²⁴ Ibidem.

⁵²⁵Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XLIII.

El segundo punto que es necesario resaltar acerca de este tipo de enfermos tiene que ver, precisamente, con su “inconsistencia emocional”. La vejez, el proceso de envejecimiento, consiste en una serie de cambios que se producen en el organismo. Estos cambios, ambos médicos coinciden, pueden entenderse como un “aislamiento de los órganos entre sí”⁵²⁶, que es el origen de las características más relevantes de las patologías de la vejez: la escasez de síntomas, la falta de fiebre, la muerte súbita sin causa aparente. Este proceso de separación tiene, como una de sus muchas consecuencias, un proceso paralelo que separa al anciano del mundo: el debilitamiento de los sentidos hace que la percepción se oscurezca, que la realidad pierda sus contornos al tiempo que los sentidos se retiran y el sistema nervioso se debilita⁵²⁷. El anciano se separa del mundo de la misma forma que sus órganos se separan entre sí, en una perfecta simetría entre lo interior y lo exterior. A este proceso lo llama Durand-Fardel “*el silencio de las simpatías*”⁵²⁸. Racle, en su libro de 1864, señala claramente en qué consiste ese silencio:

[...] la indiferencia por los objetos exteriores y por la humanidad se establece y crea un estrecho egoísmo que convierte a la vejez en algo odioso. De ahí que no acaezcan en la vejez aquellas enfermedades mentales que derivan de la exaltación de las facultades afectivas: esas facultades ya no existen⁵²⁹.

Esta separación del mundo convierte al anciano en un ser débil, que puede morir por exponerse a una ráfaga de aire frío en una iglesia⁵³⁰. De ahí que el tratamiento higiénico idóneo consista en controlar las condiciones en que se produce el contacto con el exterior, de forma que sea dentro de unos límites que el anciano –el enfermo– pueda tolerar⁵³¹. Estas mismas restricciones rigen en el plano emocional. El enfermo crónico incurable, el anciano, es presa de las más terribles emociones,

⁵²⁶Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 10., Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XXXIX., Racle, *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique por l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies*, 647-48.

⁵²⁷Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XXXII.

⁵²⁸Ibid., XL.

⁵²⁹Racle, *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique por l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies*, 647.

⁵³⁰Durand-Fardel, *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, XLIV.

⁵³¹Cfr. Supra, p. 53-54.

que pueden minar su alma “volviéndolo sombrío y egoísta”⁵³². “Las enfermedades crónicas hacen el carácter inquieto, sombrío, egoísta e irascible”, dice Descuret en su *Patología de las pasiones*⁵³³. Este estado emocional debe ser, por tanto, objeto de tratamiento, tanto espiritual⁵³⁴, como médico⁵³⁵. El tratamiento de la moral del enfermo –del anciano–, la restricción de la influencia de las pasiones en el curso de su enfermedad y en la evolución de su alma son parte fundamental, por tanto, de su cuidado. Y para ello, nos dice Grenet, nada mejor que “mantenerlo ocupado, hacerle seguir un pequeño reglamento”⁵³⁶. No en vano, como bien dice Monlau: “Los efectos de las pasiones son terribles. Como en su esencia no son más que transgresiones higiénicas, pueden producir todas las enfermedades conocidas”⁵³⁷. Y eso, precisamente, es lo que el Nuestra Señora del Carmen pone a disposición de sus internos: un espacio en el que se toman una serie de medidas (disciplinarias, higiénicas, morales, etc.) que buscan –entre otros muchos objetivos–, mantener un determinado registro emocional.

Espacio enmarcado

A lo largo de su carrera, Goffman prestó una especial atención a los elementos físicos que formaban parte de la experiencia y que ayudaban a comprenderla⁵³⁸. En

⁵³²González Fernández, *Visita de enfermos y Asistencia de moribundos ó sea Manual teórico-práctico del sacerdote para el ejercicio de aquel ministerio*, 54., Descuret, *La médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*, 34., Monlau, *Elementos de higiene privada o arte de conservar la salud del individuo*, 491. Esta imagen de los ancianos “sombrios y egoístas” por causas fisiológicas tiene una larga historia. La tradición hipocrático-galénica sostiene que los ancianos “son proclives a la tristeza debido a la frialdad de su sangre” , cfr. Thomas Wright, *Passions of the Minde in Generall*. (Urbana, Il: University of illinois Press, 1971; primera edición, 1601), 73. Citado en Alberti, *Matters of the Hearth. History, Medicine, and Emotion*, 20.

⁵³³Descuret, *La médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*, 70.

⁵³⁴González Fernández, *Visita de enfermos y Asistencia de moribundos ó sea Manual teórico-práctico del sacerdote para el ejercicio de aquel ministerio*, 185.

⁵³⁵Grenet, *Arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular*, 315.

⁵³⁶Ibid., 215.

⁵³⁷Monlau, *Elementos de higiene privada o arte de conservar la salud del individuo*, 381.

⁵³⁸Tal vez su categoría más lograda sea la de *institución total*, que desarrolla en Erving Goffman,

La presentación de la persona en la vida cotidiana, por ejemplo, Goffman señala la importancia que, para la presentación del individuo, tiene su *atrezzo*, o, como él lo designa, su *apariencia*⁵³⁹. Pero el elemento que capta nuestra atención en la metáfora teatral tiene que ver con el papel de la *escena*, el *medio* en que el individuo representa su papel, y que influye en el éxito de la misma:

En primer lugar, se encuentra el medio (*setting*), que incluye el mobiliario, el decorado, los equipos y otros elementos propios del trasfondo escénico, que proporcionan el escenario y utilería para el flujo de acción humana que se desarrolla ante, dentro o sobre él.⁵⁴⁰

El medio, nos dice Goffman, forma parte de la representación, y se sitúa en regiones, esto es, “*todo lugar limitado, hasta cierto punto, por barreras antepuestas a la percepción*”⁵⁴¹. Se establece así una primera relación entre el espacio y el marco. En este caso, el espacio forma parte del marco, proporcionando posibilidades de interpretación. Pero existe una segunda opción, que merece la pena ser explorada: aquella en que marco y espacio coinciden.

Goffman distingue entre regiones delanteras y traseras, de acuerdo con el acceso que el “público” tiene a ellas. Si bien puede haber excepciones, se da el caso de que tan sólo la región anterior es accesible, mientras que la posterior (*backstage*) queda oculta a la mirada de los espectadores. En cada una de estas regiones, las posibilidades de actuación del *personaje* varían, así como las normas que rigen dicha actuación⁵⁴². Las distintas regiones son utilizadas para que el espectador interprete la “realidad” de la forma en que el intérprete ha escogido, haciendo coincidir el espacio y el marco de interpretación. El siguiente ejemplo de Goffman ilustra magníficamente esta coincidencia:

Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. (Buenos Aires: Amorrortu, 1972).

⁵³⁹Erving Goffman, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1971; primera edición, 1959), 35.

⁵⁴⁰Ibid., 34.

⁵⁴¹Ibid., 117.

⁵⁴²Ibid., 118-23.

Si el personal de un hospital para enfermos mentales debe lograr que quienes visitan a sus allegados reciban una opinión favorable del establecimiento, será entonces importante impedir a los visitantes el acceso a las salas, en especial a las destinadas a enfermos crónicos, limitando su estadía a salas especiales de visitas, donde será factible disponer de un mobiliario agradable y asegurarse de que todos los pacientes presentes se hallen bien vestidos, limpios, bien cuidados y se comporten con relativa corrección.⁵⁴³

Ahora bien, esto nos permite asociar un único marco a un determinado espacio escénico. Será posible, por supuesto, encontrar diversos marcos funcionando dentro de la misma región, pero dicha región estará diseñada para contener o acentuar un único marco escogido por el equipo de actantes. Esto debe incluirse en la lista de limitaciones de la metáfora dramática⁵⁴⁴. Resulta evidente para cualquiera que un espacio puede ser diseñado para contener más de un marco. El caso más evidente tal vez sea una iglesia, donde debemos interpretar el acto de compartir el pan y el vino de una forma especial y, al tiempo, la configuración espacial tiende a organizar una determinada jerarquía social, dependiendo de la proximidad del público al altar. Encontramos dentro del mismo espacio, por tanto, como mínimo dos marcos interpretativos de lo que allí está ocurriendo. Marcos que se apoyan en la constitución física del espacio⁵⁴⁵, si bien sólo uno –el primero en este caso– es explícitamente sancionado durante la construcción del espacio. Pero si pensamos en, por ejemplo, las impresionantes iglesias holandesas representadas por Pieter Saenredam en la década de los cincuenta del siglo XVII, la interpretación se complica, por la multiplicidad de marcos presentes: encontramos el religioso y el social, pero el marco predominante en estas inmensas iglesias desprovistas de imágenes no es ninguno de ellos, no es el “espacio terrenal de serenidad celeste”⁵⁴⁶, sino la afirmación de un nuevo marco en el que interpretar las relaciones políticas de la comunidad. La iglesia, centro de la vida comunitaria, integra las nuevas formas de participación política en su configuración espacial:

⁵⁴³Ibid., 125.

⁵⁴⁴Sobre las limitaciones de la metáfora dramática, ver ibid., 270.

⁵⁴⁵Esta diversidad de los marcos en un mismo espacio es señalada por Goffman en Goffman, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*, 137-38.

⁵⁴⁶Valeriano Bozal, *Johannes Vermeer de Delft*. (Madrid: Tf. editores, 2002), 100.

La Nieuwe Kerk, la “nueva iglesia”, ofrece una estructura y una fisonomía diferentes a las que eran propias de las “viejas iglesias”. La planta se diseña muchas veces atendiendo a la figura de la cruz griega y el púlpito cobra más importancia que el altar: el sermón es más importante que el sacramento. En algunas ocasiones –así sucede, por ejemplo, en la Nieuwe Kerk de Haarlem– el púlpito es exento, a fin de que todos los fieles puedan ver y escuchar mejor al pastor que predica. De ese modo se evita su fuerte lateralización, característica de los templos católicos. La eliminación de altares y retablos, la desaparición de las figuras de los santos, la importancia que adquiere el órgano y lo vacío del espacio alteran sustancialmente la fisonomía tradicional de la “vieja iglesia”.⁵⁴⁷

Una de sus últimas aportaciones a la relación entre interpretación de la experiencia y espacio fue el concepto de *framed space*, que introduce en su último libro *Forms of talk*⁵⁴⁸. Goffman define este concepto al hablar de los diversos formatos de la programación radiofónica, y cómo estos imponían un marco interpretativo a las palabras del hablante que, junto a otro tipo de restricciones dependientes del papel que interpretase en ese momento (locutor principal, invitado, etc.), podían llamarse su “espacio marco”, dentro del cual sus palabras tendrían sentido. Como ocurre con Goffman, este marco no es absoluto. Es posible obviarlo, pero siempre con consecuencias. El espacio enmarcado conforma, de esta forma, la red de elecciones y expectativas del hablante (y del oyente, que también posee su propio campo), conformando sus posibilidades de experiencia. El espacio enmarcado lo restringe a la hora de expresar una cosa u otra, y también le advierte de las consecuencias que tendría obviar esas restricciones. En un estudio del año 1976, Fredric Jameson calificaba los *framed spaces* goffmanianos como un simple recurso retórico⁵⁴⁹, sin embargo, en conjunción con los argumentos desarrollados en *La presentación del yo en la vida cotidiana*, nos permite hablar de espacios que se constituyen para contener diversos marcos de interpretación y excluir otros. Espacios que se organizan para contener una determinada estructuración de la experiencia. Podemos entonces identificar espacios restrictivos (cuando tan sólo se permiten unos determinados marcos, como es el caso de la institución total), o

⁵⁴⁷Ibid., 97.

⁵⁴⁸Goffman, *Forms of Talk*, 230.

⁵⁴⁹Fredric Jameson, "On Goffman's *Frame Analysis*," en *Erving Goffman*, ed. Gary Alan Fine y Gregory W.H. Smith (London: SAGE Publications, 2000), 51.

abiertos, cuando permiten la presencia de varios marcos al mismo tiempo, algunos de los cuales pueden ser incluso contradictorios (como puede ser el caso de una plaza pública)⁵⁵⁰. Espacios, en definitiva, creados para contener diversos marcos que funcionan al mismo tiempo, de forma más o menos coordinada. Este sería el caso de un hospital, en el que diversos marcos se superponen (terapéutico, administrativo, legal, etc.). Puede darse el caso de que uno de esos marcos sea considerado el principal, siendo el resto secundarios y, en teoría, al servicio de aquel. Tal cosa ocurriría en un hospital moderno, donde el marco terapéutico tendría preeminencia sobre el resto, de ahí que podamos definir al hospital como un lugar *terapéutico*⁵⁵¹.

Entre los marcos que forman parte, o pueden formar parte, de este *espacio enmarcado*, se encuentra el que hemos llamado, al principio del presente apartado, marco emocional. Todo espacio enmarcado contiene un determinado marco emocional, que puede ser más o menos relevante. Así, por retomar el ejemplo de la iglesia, se supone que todo aquel que entra en un templo deberá sentir una serie de emociones (alegría, arrepentimiento, constricción) y no otras (ira, avaricia, deseo), y se articulan toda una serie de prácticas para primar las primeras y “purgar” las segundas. El aspecto emocional será más o menos relevante, de la misma forma que lo eran el terapéutico y el administrativo, y su relación con el resto de marcos será más o menos conflictiva. También se dará el caso, cuando el marco emocional sea el principal en un espacio enmarcado dado, de que podamos calificar a ese espacio como un “espacio emocional”. Así sucedería con el Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Como hemos visto en las páginas anteriores, el único elemento capaz de tener un impacto positivo en los pacientes del hospital, una vez descartado el terapéutico y

⁵⁵⁰ Esto puede entenderse como una respuesta posible a la limitación de la perspectiva construccionista señalada en el capítulo dos de esta segunda parte, en el sentido de que podemos preferir una sociedad que produzca espacios abiertos a aquella que produzca restrictivos.

⁵⁵¹ La relación entre estos marcos no sería inalterable, pudiendo darse el caso de que en determinadas circunstancias alguno de los marcos secundarios pasara a ser principal, como cuando la decisión sobre si tener o no tener un determinado servicio o tecnología depende no tanto del valor terapéutico como de consideraciones económicas.

paliativo, tiene que ver con la gestión de las emociones de los internos. Para esa gestión, se desarrollan toda una serie de normas, disposiciones y prácticas encaminadas a situar a los ingresados en un determinado marco emocional, caracterizado por la ausencia de fuertes pasiones y el fomento de un estado de ánimo que podríamos calificar como contemplativo. En tanto que es esta la principal actividad que se desarrolla en el hospital, es decir, en tanto que ese marco emocional es el más relevante dentro de ese espacio enmarcado, podemos calificar al Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen como un espacio emocional.

Se hace necesario, por tanto, para definir un *espacio emocional* demostrar que el marco emocional es el principal dentro del equilibrio de marcos que habitan ese espacio. Algo que no resulta ni tan evidente ni tan común: si bien todos los espacios contienen un marco emocional (junto a muchos otros), en muy pocos casos ese marco es el principal. La enfermedad incurable, y también la terminal, nos ofrecen la posibilidad de estudiar estos espacios, ya que en hospitales para incurables y hospicios, la gestión de las emociones del paciente es primordial, como se ha visto en este caso. Este hecho deriva de la categoría misma de enfermo incurable o terminal –entendida en los términos de Hacking–, que puede ser interpretada a su vez como un marco que define las posibilidades de experiencia de los individuos que son así categorizados. Por volver a la metáfora dramatúrgica, ser categorizado de una determina forma restringe las posibilidades de actuación de los actores, limitando su acceso a unos determinados marcos de experiencia.

Atmósferas

Una vez identificado el marco general que se trata de imponer en los Hospitales de Incurables, debemos contestar una nueva pregunta: ¿qué elementos son los que conforman el marco emocional? Ya hemos señalado, a lo largo de la tesis, algunos de ellos, cuando desarrollábamos en la primera parte el análisis de los elementos higiénicos presentes en los Reglamentos⁵⁵². También hemos identificado algunos de ellos en el presente capítulo, siendo el más evidente el de la prohibición del juego, pero también otras conductas asociadas a la taberna como pueden ser el

⁵⁵² Cfr. Supra, p. 100-103, 165.

abuso de la bebida o la ociosidad. Son estos elementos que conforman el marco y que podemos llamar, si se quiere, normativos, en tanto que derivan de una norma explícita, como es el Reglamento, o de las decisiones contextuales e interpretativas del mismo adoptadas por la Junta de Damas. Son elementos que resultan conocidos, y que han sido estudiados con anterioridad por el mismo Goffman, en el ya citado *Asylums*, o por Michel Foucault en *Vigilar y Castigar*⁵⁵³, y en sus trabajos sobre la gubernamentalidad⁵⁵⁴, así como por otros autores que, bajo su guía, han trabajado en esta dirección⁵⁵⁵. En el presente texto nos distanciamos de este tipo de estudios para centrarnos, de forma explícita, en aquellos elementos que podemos llamar *escénicos*, es decir, los elementos materiales que conforman el espacio y que tienen un impacto en las emociones de aquellos que lo habitan. Como señala Hacking, son aquellos elementos materiales, que solemos dejar a un lado en nuestros análisis, y que forman parte de la definición de la categoría⁵⁵⁶. Al carecer de elementos que nos permitan analizar en profundidad la disposición espacial y material de las salas del Nuestra Señora del Carmen, en lo que sigue intentaremos, de forma general, definir la forma en que la composición del espacio y la acumulación de objetos tienen un impacto en las emociones de quienes los habitan. En el siguiente capítulo asistiremos al proceso de construcción de otro espacio, que también calificamos como emocional, y que nos permitirá contrastar las afirmaciones más generales que aquí vamos a realizar.

Si, tal y como señalamos antes, espacio y marco están relacionados, podemos entender que habrá elementos en el primero que formen parte del segundo. Es decir, que determinados elementos del espacio en que se desarrolla la acción son determinantes a la hora de interpretarla. Cuando marco y espacio se identifican, esto es, cuando la acción se hace comprensible sólo si se desarrolla en un espacio determinado, los elementos espaciales serán determinantes para tal comprensión. Goffman analiza esta relación entre acción y espacio en *La presentación de la persona en la vida cotidiana*:

⁵⁵³ Foucault, *Surveiller et punir: Naissance de la prison*.

⁵⁵⁴ Michel Foucault, "La gubernamentalidad," en *Espacios de poder*, ed. Robert Castel, et al. (Madrid: Ediciones La Piqueta, 1991).

⁵⁵⁵ Jacques Donzelot, "Espacio cerrado, trabajo y moralización," *ibid*.

⁵⁵⁶ Cfr. *Supra*, p. 155.

La decoración e instalaciones permanentes de un lugar en el cual se desarrolla generalmente una determinada actuación, así como los actuantes y la acción que allí solemos encontrar, tienden a imprimir en él *una especie de hechizo*; aun cuando la actuación habitual no se lleve a cabo allí, el lugar tiende a retener algo del carácter de su región anterior⁵⁵⁷.

Este “hechizo” que señala Goffman no es otra cosa que el efecto de los elementos espaciales y materiales que forman parte del marco experiencial contenido en la “escena”. Es importante señalar, por un lado, que este *hechizo* –por seguir utilizando el término de Goffman–, resulta de la colaboración entre los sujetos que llevan a cabo la acción y el entorno material en que es llevada a cabo. No en vano el *hechizo* se *imprime*, a través de la interacción entre actor, actuación y espacio material. Por otro lado, el espacio adquiere cierta autonomía, ya que el *hechizo* permanece, aun cuando ni el sujeto, ni la actuación, ni la acción se estén llevando a cabo en ese preciso momento. Goffman señala, en definitiva, a la relación entre los sujetos y el espacio como el punto clave para entender cómo marco y espacio coinciden. Una relación que se produce cuando situamos al sujeto, al actor, en un espacio que es siempre concreto y material.

Los estudios sobre esta relación entre sujeto y espacio material se han desarrollado especialmente en el campo de la arqueología, y más concretamente en lo que se ha dado en llamar arqueología *post-procesual*⁵⁵⁸. Dentro de este movimiento, que rechazaba tendencias objetivistas y cientifistas de corrientes arqueológicas anteriores, se desarrolla una línea de pensamiento que buscaba explorar la experiencia de los habitantes del pasado a través de su relación con los espacios que habitaban. Dicha corriente, principalmente de origen británico, se identificó con la fenomenología de corte husserliana, mediada por la recepción hecha a través del existencialismo de mitad del siglo XX, tanto heideggeriano como sartreano:

[the] phenomenologists try to describe what is like in human terms to walk along, around, through these monuments, what one sees and hears at different

⁵⁵⁷ Goffman, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, 135-36. Énfasis nuestro.

⁵⁵⁸ Linda M. Hurcombe, *Archaeological Artefacts as Material Culture*. (London & New York: Routledge, 2007), 91 y ss.

points, how one's experience is affected by temporal rhythm (the order in which one sees things, the appearance of sudden 'surprises' over the horizon.)⁵⁵⁹

Se intentaba evitar así la analogía entre texto y cultura material, que algunos miembros de la arqueología post-procesual proponían. Sin embargo, la corriente fenomenológica fracasa en su intento de entender la experiencia de los habitantes del pasado debido a un error de principio: la única forma de entender la experiencia pasada es a través de nuestra propia experiencia de dichos lugares. La fenomenología asume así una suerte de atemporalidad, de unidad empática de la experiencia humana que permite crear un vínculo directo entre nuestra experiencia actual y la de aquellos que nos antecedieron hace miles de años. Como señalaron diversos críticos, no exentos de cierta maldad, el habitante de la edad de piedra descrito por estos estudios se parecía demasiado a un doctor en arqueología por Oxford o Cambridge⁵⁶⁰.

El artículo *Rethinking emotions and material culture*⁵⁶¹, de Harris y Sørensen, es un intento de poner al día esta tradición, buscando alternativas a las acusaciones de *presentismo* y al uso indiscriminado de la empatía como herramienta heurística, y que trata de frente el problema de las emociones y el espacio (entendido como cultura material), al constatar la falta de estudios sobre las emociones en el campo de la arqueología⁵⁶². Su propuesta pasa, en primer lugar, por rechazar la interpretación de las emociones como algo puramente subjetivo e inmaterial, trasladándolas, por el contrario, al entorno socialmente constituido de la experiencia intersubjetiva⁵⁶³. En segundo lugar, señalan el papel indispensable de las relaciones entre sujeto y cultura material en la constitución de las emociones⁵⁶⁴. Finalmente, los autores proponen un vocabulario crítico que facilite

⁵⁵⁹ Johnson, *Archaeological Theory. An Introduction*, 118.

⁵⁶⁰ Ibid., 119. Una discusión sobre el problema de la empatía en la interpretación de los restos materiales del pasado en Susan Kus, "The Matter with Emotions," *Archaeological Dialogues* 17, no. 2 (2010).

⁵⁶¹ Oliver J. T. Harris y Tim Flohr Sørensen, "Rethinking Emotion and Material Culture," *ibid.*

⁵⁶² Ibid., 145.

⁵⁶³ Ibid., 147.

⁵⁶⁴ "A starting point for this is Gosden's concise conclusion that 'emotions are materially constituted and material culture is emotionally constituted'. This argument is supported by the range of work in

el análisis del investigador a la hora de enfrentarse a los espacios y a su posible impacto emocional. En este “vocabulario analítico” encontramos influencias de una multitud de tradiciones teóricas, que van desde la antropología de las emociones de los últimos años de la década de 1980, la escuela de cultura material del University College of London, y, por supuesto, la tradición fenomenológica de la arqueología británica. Los autores distinguen cuatro términos que hacen referencia a cuatro aspectos discernibles por el análisis en la relación espacio-sujeto-emociones:

To summarise, they are:

- emotion: the embodied act of being moved to move;
- affective fields: the networks of people and things through which emotions are generated;
- attunement: the practice of attending to the material world and its emotional qualities;
- atmosphere: the emotional experience engendered by being in a particular place and situation.⁵⁶⁵

Los autores señalan explícita y reiteradamente que esta distinción no se basa en ningún tipo de separación fenomenológica entre los cuatro términos, ni mucho menos que exista una escala jerárquica. Su finalidad, insisten, es puramente analítica⁵⁶⁶.

El artículo ha tenido un considerable impacto en el mundo de la arqueología, así como el reconocimiento general de que señala un campo poco o nada trabajado por la disciplina. Los editores de la revista, tras percatarse del potencial del trabajo, decidieron convertirlo en el centro de un extenso dossier, alrededor del cual giraba toda una serie de artículos, firmados por algunos de los miembros más reputados del área, para discutir la relación entre emociones y cultura material, y más concretamente la propuesta de los autores. Todos señalan el valor de esta, que

different disciplines that now emphasizes that human beings and material things recursively shape each other.” en *ibid.*

⁵⁶⁵ *Ibid.*, 153.

⁵⁶⁶ *Ibid.*, 149.

no sólo se atreve a señalar con el dedo el hueco, sino que pretende llenarlo. Sin embargo, y pese al valor generalmente reconocido, también se plantea la denuncia de ciertos planteamientos heredados de la fenomenología y que transmiten, en palabras de una de las autoras de las críticas, una “pálida imagen” del objeto de estudio:

[...] the kind of experience that is generally favoured by such interpretation seems to me to be curiously bloodless, to miss the most important and interesting aspects of human emotional (and experiential and intellectual) experience [...] I find here none of the euphoria of running or dancing, the physical pain and the intense emotion surrounding the physical moments of birth and death – only a colourless and superficial engagement with the world.⁵⁶⁷

Desde nuestro punto de vista, el estudio de Harris y Sørensen ofrece una importante aportación al problema de cómo el espacio emocional *afecta* al individuo. Nos referimos, en concreto, a su idea de atmósfera, que definen, siguiendo a Gernot Böehme, como el resultado de la interacción entre personas, espacios y cosas⁵⁶⁸. Es, en este sentido, similar al “hechizo” de Goffman, pero al combinarlo con los otros tres elementos nos proporciona una explicación de cómo el “hechizo” es conjurado.

Para los autores, al situar al sujeto dentro de un determinado espacio, este pasa a formar parte de un *campo afectivo*. El campo afectivo se define como una red de relaciones entre sujetos y objetos que son producidas por –y a su vez son productoras de– prácticas. Esta relación entre sujeto y objeto es material. Se produce como resultado del encuentro entre la materialidad del cuerpo y la materialidad del artefacto. Más concretamente, como resultado de las prácticas que los ponen en relación. En el caso de estudio de los autores se trata de sujetos caminando entre altos troncos cortados en un emplazamiento ritual del paleolítico.

⁵⁶⁷ Sarah Tarlow, "Pale Reflections," *ibid.*: 185.

⁵⁶⁸ Oliver J. T. Harris y Tim Flohr Sørensen, "Rethinking Emotion and Material Culture," *ibid.*: 152. No estamos muy de acuerdo con la apreciación acerca de la necesidad de que la “atmósfera” sea percibida para que sea efectiva. En última instancia no estamos de acuerdo con la necesidad del *atunement* para que el proceso tenga lugar. Es más, creemos que la función del entorno material en la constitución de marcos emocionales es únicamente posible si no somos conscientes de dicho papel (véase *supra*, p. 203 y ss.).

En nuestro caso, se trata de sujetos inmovilizados en sus camas y de las relaciones que se establecen entre sujetos y objetos: percepción del mismo lugar de forma ininterrumpida, aparición de escaras, olor a vómito... este tipo de relaciones entre sujeto y objeto crean el *campo afectivo*. El campo afectivo, pese a poder estar estrechamente ligado a un espacio concreto, es independiente de él. En cierto sentido es más extenso, pues incluye a aquellos sujetos y artefactos que, sin pertenecer de forma física al espacio, irrumpen en él desde el exterior. En nuestro caso, el láudano de Juan José Calero sería uno de esos elementos. Otro excelente ejemplo, que implica esta vez a un humano, sería el de doña Concepción Arenal, cuyas visitas a la cárcel y al hospital la incluyen dentro de estos campos afectivos, sin que por ello se vea limitada a permanecer en el espacio concreto.

La *atmósfera*, por su parte, sería el resultado del marco emocional asociado a un lugar determinado. Si el campo afectivo sirve para etiquetar las relaciones entre sujeto y cultura material, la atmósfera introduce el elemento espacial, al situar dicha interacción en un espacio delimitado y que ha sido diseñado para contener un marco concreto, o varios, como ya hemos visto. *Campo afectivo* y *atmósfera* nos permiten analizar los complejos procesos que relacionan espacio, sujeto y objeto, entre cuyos resultados se encuentra la aparición, más o menos controlada, de emociones.

La atmósfera del Hospital de Incurables

Una vez definido el Nuestra Señora del Carmen como un espacio emocional, y pertrechados con las herramientas necesarias para analizar la relación entre los internos y su entorno, quedan todavía dos cuestiones más por aclarar. La primera es qué marco emocional concreto se impone a nuestros enfermos. La segunda, cómo sería la *atmósfera* concreta del hospital. Por desgracia, nos faltan elementos para responder a ambas cuestiones, por lo que, como a lo largo de toda la tesis, deberemos utilizar evidencias indirectas que nos permitan estimar las respuestas que buscamos.

Para contestar la primera de ellas, nos debemos apoyar en las consideraciones teóricas expuestas por Charcot, Durand-Fardel y el resto de médicos citados anteriormente, y que nos llevan a considerar un marco general en el que los

enfermos deben ser apartados de las emociones fuertes, como aquellas que genera el juego. Pero llegar al marco concreto, local, del Nuestra Señora del Carmen es bastante más complejo. Como hemos señalado varias veces a lo largo de la tesis, no hemos podido traspasar las puertas del Nuestra Señora del Carmen, hemos sido incapaces de ir más allá de sus muros. Ningún testimonio, ningún documento, ninguna imagen nos ha franqueado el paso. Y la única descripción más o menos exhaustiva que hemos encontrado, la realizada por Domingo Mambrilla⁵⁶⁹, ha resultado ser decepcionante, por mucho que la imagen idealizada que transmitía nos pueda ayudar a inferir las ambiciones de los gestores del hospital.

Llama especialmente la atención la falta de representaciones, esta ausencia de imágenes. Algo que no es privativo del Nuestra Señora del Carmen, ya que ocurre lo mismo con el Hospital para Mujeres Jesús Nazareno, si bien, en este caso, hemos sido capaces de localizar una imagen que nos muestra su interior. La imagen, tomada en condiciones excepcionales, se reproduce a continuación⁵⁷⁰:

⁵⁶⁹ Domingo Mambrilla, "La Beneficencia Pública."

⁵⁷⁰ Estas "condiciones excepcionales" deben ser tenidas en cuentas a la hora de analizar esta imagen, que podemos calificar de "género". Un análisis extenso de esta imagen en relación con otras similares de Victoria I de Inglaterra en Juan Manuel Zaragoza, "The Most Brutal Word: Definitions of Incurable Disease in the 19th Century French Medicine" (paper presentado en *Probing the boundaries. Making sense of: Health, Illness and Disease*, Oxford, 6-8 september).



MAJESTAD.—VISITA DE S. M. LA REINA AL HOSPITAL DE LAS INCURABLES.

Ilustración 23: Visita de Su Majestad la Reina al Hospital de las Incurables. Dibujo: Miranda; Grabado: Capuz, *La Ilustración Española y America*, 5 de abril de 1871.

Ha sido necesario que una reina visitase el establecimiento para encontrar esta imagen. Y no una reina cualquiera. Se trata de Maria Victoria del Pozzo, esposa del recién proclamado Rey de España Amadeo I, llegada a Madrid el 19 de marzo de 1871. En la imagen se ilustra la visita que el 24 de marzo, apenas transcurridos cinco días desde su entrada en la capital, realizaba la fugaz reina al hospital de mujeres incurables. Son muchos los elementos que llaman la atención en esta imagen, que compele a una lectura exhaustiva.

El conjunto presentado en la imagen nos transmite una sensación de calmada serenidad. Resulta obvio decir que la visita de la reina –que no en vano es la absoluta protagonista del grabado–, distorsiona la posible interpretación, pero si nos concentramos en las cuatro mujeres que conforman el grupo situado a la izquierda, si nos aislamos de las miradas adustas de los visitantes, nos es posible percibir, más allá del respeto debido a la realeza, los rostros tranquilos de las cuatro ancianas. Rostros que encuentran su reflejo en la actitud de la monja al otro lado de la sala, con la que comparten gesto. Un gesto que transmite no sólo respeto a la corona, sino ante todo lo que con absoluta propiedad podemos llamar resignación cristiana. Si al ser admitidas en el hospital se entraba en “otro mundo”⁵⁷¹, las pasiones de este no tenían lugar en aquel. Esta imagen nos muestra, por tanto, algo más que la visita de una reina, nos muestra el hospital como el espacio en el que se incentiva un determinado estado emocional en sus internas, que se corresponde (al menos teóricamente), con el de las monjas que las atienden, a las que deben emular. El espacio emocional del hospital de incurables, por tanto, se centra en conseguir que los internos (en este caso internas) encuentren, a través del sufrimiento y la resignación, la serenidad de aquellos que han sido salvados.

Las prácticas que contribuyen a crear esta atmósfera de resignación, mediante la interacción entre los sujetos y los objetos en el espacio del hospital, son, sin embargo, más difíciles de percibir. El protagonismo de los visitantes niega la representación detallada del espacio. Sin embargo, incluso de esta imagen sesgada es posible extraer ciertos elementos de interés para nuestra investigación. Atendemos en primer lugar al extremo derecho del cuadro. Allí, en un segundo

⁵⁷¹ Cfr. Supra, p. 100 y ss.

plano, una enferma en el lecho es atendida por una hermana de la Caridad. Se encuentra sobre una cama estrecha, cubierta por sábanas y una manta hasta el cuello, y en la cabeza luce una suerte de vendaje o gorro. La hermana apoya su mano derecha sobre la enferma, y mantiene una conversación con ella, o tal vez está rezando, en lo que parece un intento de confortarla. En la cabecera de la cama encontramos una serie de frascos o vasos, y un crucifijo. Separando a esta enferma de su compañera más inmediata, una ligera cortina cuelga de una barra sustentada en la pared, conformando grupos de dos camas. Pese a esta pequeña concesión a la intimidad, la sala contiene, como mínimo doce internas⁵⁷². No parece haber ninguna mesilla, por lo que los objetos que rodean a la enferma se encuentran fuera de su alcance. Es necesario incorporarse de la cama, algo que no todas serán capaces de hacer. Ese parece ser el caso de la enferma consolada por la hermana: incapaz de moverse de la cama, sin la posibilidad de interaccionar directamente con los objetos que la rodean.

Si abrimos más el foco, reencontramos en la esquina izquierda de la representación al grupo de mujeres coprotagonista de la escena, todas ellas ancianas, excepto la del fondo. Todas conservan su movilidad, reducida en algunos casos, y se dedican a algunas de esas pequeñas tareas que se recomendaban para los enfermos. En este caso, la enferma ofrece a la reina una rosa que ella misma, florista de profesión, prepara en la pequeña mesita que vemos a los pies de la cama⁵⁷³. Tras ellas, un amplio ventanal o puerta, que deja entrar la luz del atardecer en la sala. Todas visten de calle, con largas faldas, chaqueta y chal. El pelo recogido en un moño. No hay alfombras en el suelo, que nos parece de piedra, y la estufa del centro de la sala no parece suficiente para amortiguar el frío, de ahí tal vez la presencia de chaquetas y chales.

Son muchos los marcos que se pueden detectar en esta ilustración, incluso si evitamos prestar atención a la reina y su corte. Sin embargo, si atendemos al puramente emocional, encontramos elementos que eran esperados (los trabajos

⁵⁷² Alguna más, en realidad. El hospital contaba con 9 habitaciones, entre las que se repartían 200 camas, en X, "Visita de S.M. la Reina al Hospital de Jesús Nazareno," *La Ilustración Española y Americana*, 5 de abril 1871.

⁵⁷³ Ibid.

manuales, el crucifijo), y otros que no habíamos previsto, como la presencia de cortinas separadoras para mantener una cierta sensación de intimidad. Obviamente, hay otros elementos que no apoyan el marco. El principal de ellos sería la presencia de enfermos graves con otros que parecen no estarlo tanto. Pero en general vemos que, en la medida de sus posibilidades (nunca fueron establecimientos especialmente boyantes), los medios físicos tienden a reforzar esa sensación de tranquilidad y resignación. Sin ser, una vez más, los balnearios descritos por Domingo Mambrilla, lo cierto es que se puede percibir un cuidado hacia las condiciones de vida de las internas que, asumiendo la difícil situación en que se encuentran, intenta paliar de cierta forma su sufrimiento. Que el único elemento capaz de lograr ese objetivo sea el control de las emociones, a través de las prácticas descritas a lo largo del presente capítulo y, en parte, en el estudio de caso de Juan José Calero, no deja de ser parte de la realidad de una época en la que la medicina no contaba con los medios necesarios para una eficaz gestión del dolor. En los hospitales de incurables, lo que se intentaba, por tanto, no era luchar contra el dolor –una tarea perdida–, sino hacer frente al sufrimiento. Y esto se llevaba a cabo a través de una interpretación religiosa del mismo que pasaba por su aceptación e integración en un proyecto vital del individuo cuyo único objetivo, a partir de este momento, era lograr la salvación.

3.3.- Conclusiones

Es posible definir, por tanto, espacio emocional como un lugar físico al que asociamos un determinado marco emocional (aquel que contiene los elementos necesarios para interpretar emocionalmente la realidad). Para que tal identificación sea posible, deberemos ser capaces de mostrar que el marco emocional es el dominante entre todo el conjunto de marcos que conviven en un mismo espacio. En tales casos, marco emocional y espacio se convierten en uno, y las emociones que nos son permitido sentir y expresar dentro de ese espacio son aquellas que tienen un sentido dentro del marco experiencial. Dichas emociones surgen de la convergencia de sujetos, objetos y espacio. Tal combinación de elementos conforman la *atmósfera* de un lugar. Dicha atmósfera se encuentra fuertemente asociada al espacio en que se desarrolla, hasta el punto de que, como dice Goffman, puede perdurar incluso tiempo después de que la conjunción de

artefectos, sujetos y espacio desaparezca. La atmósfera puede formar parte de un *campo afectivo* mayor como un elemento más del mismo –otro agente en la red de relaciones–, o, por el contrario, funcionar autónomamente, en cuyo caso campo afectivo y atmósfera se identificarían⁵⁷⁴.

Pertrechados con estas nuevas herramientas conceptuales deberíamos ser capaces de reinterpretar el caso con el que iniciábamos el presente capítulo de una nueva forma. Al definir el hospital como un espacio emocional –debido a las características específicas derivadas de la categoría de enfermo incurable–, que se caracteriza por controlar las fuertes pasiones de los internos y sustituirlas, dentro de lo posible, por una calmada resignación cristiana, el juego aparece como un disruptor del marco. El juego y las violentas pasiones que despierta, a las que nuestros internos son doblemente sensibles en tanto que enfermos y pobres, se oponen frontalmente al marco establecido, quebrantando la atmósfera del lugar y poniendo en riesgo la subsistencia de las redes creadas y, en última instancia, los objetivos que llevaron a su creación: la salvación social y espiritual de los internos. Lo mismo ocurre con el láudano de Calero. Lo que la Junta de Damas condena, por tanto, no es el hecho del juego en sí, sino la ruptura del marco que el juego produce. Una ruptura que se produce mediante la introducción de nuevos elementos en las relaciones entre sujetos, artefactos y espacios.

Lamentablemente, como ya hemos indicado anteriormente, no contamos con la documentación necesaria para analizar en profundidad el funcionamiento de los Hospitales de Incurables como espacios emocionales. En el siguiente capítulo, por tanto, deberemos cambiar, una vez más, de escenario y de época. A través del proceso de construcción de un espacio dedicado a contener un determinado marco emocional que permita, al igual que en el Nuestra Señora del Carmen, una adecuada gestión de las emociones de los que lo habitan –nuevamente enfermos incurables–, asistiremos a la formación de un nuevo campo afectivo y de una atmósfera determinada, lo que nos ayudará a profundizar en la comprensión de cómo las emociones surgen como el resultado de la interacción entre sujeto, objeto y espacio.

⁵⁷⁴ Entiéndase esta última opción como una posibilidad puramente teórica.

4.- El color de tu alma

4.1.- Conspiración

Esta historia empieza con una conspiración. El 20 de agosto de 1956, Graciela Palau de Nemes, que se encuentra en Puerto Rico, recibe en la casa donde está alojada una nota de Zenobia⁵⁷⁵. En la nota, escamoteada a la vigilancia constante de Juan Ramón, se teje entre ambas el plan para el día siguiente:

Querida Graciela:

Onís este año está viviendo a la vuelta de su casa, en Betances 10 (casa de don Severo Lanza, que está en España), Teléfono 60316. No sé si podrá usted telefonar a estas horas, pero es un paso y él está dispuesto a llevarnos a la biblioteca a las nueve y volvernos a traer a casa. ¿Puede avisarle que venga?⁵⁷⁶

El problema con esta cita es que hace que la historia pierda toda su carga dramática. La conjura con la que empezábamos el texto se queda en un simple viaje a la biblioteca que concluye con el regreso a casa. ¿Qué tipo de complot es este? ¿Qué clase de traición? Y sin embargo, por anodino que nos pueda parecer, lo cierto es que las consecuencias que siguieron al desenmascaramiento de la trama no fueron banales: Juan Ramón montó en cólera, hasta el punto de que insultó gravemente a Onís por su comportamiento irresponsable, acusándolo de poner en peligro la vida de Zenobia⁵⁷⁷. ¿Tan peligrosa puede resultar una biblioteca?

Necesitamos algo de contexto. En primer lugar, identificar a los personajes. Zenobia Camprubí y Aymar (1887-1956), la líder del complot, esposa y apoyo constante durante 40 años de Juan Ramón Jiménez (1881-1958), el marido burlado, poeta y premio Nóbel ese mismo año de 1956. Federico de Onís (1885-

⁵⁷⁵ La casa donde se alojaba Graciela era la casa de la señora Barkell, vecina de Zenobia y Juan Ramón, que solía alquilar una habitación a las visitas del matrimonio.

⁵⁷⁶ Zenobia Camprubí y Graciela Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. (Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes, 2009). Carta fechada el 19 de agosto de 1956, p. 232.

⁵⁷⁷ Zenobia Camprubí, *Diario. 3. Puerto Rico (1951-1956)*, 3 vols., vol. 3. (Madrid: Alianza Editorial / La Editorial, Universidad de Puerto Rico, 2006), 359, nota 174. A partir de ahora citaremos *Diario 3* seguido de la fecha de la entrada citada.

1966), el amigo traidor, famoso hispanista, profesor durante más de 30 años en Columbia y, desde 1954, en que se traslada a Puerto Rico, fiel soporte de Juan Ramón y Zenobia. Y, por último, Graciela Palau de Nemes (1919-), la amiga cómplice, profesora en la Universidad de Maryland, donde conoció a la pareja y que, con el tiempo, se convertirá en una de las mayores especialistas en la vida y obra de Juan Ramón y Zenobia⁵⁷⁸.

La biblioteca a la que Zenobia quiere ir no es otra que la de la Universidad de Puerto Rico, la institución que había contratado a Juan Ramón como poeta residente y donde Zenobia dirigía la *Sala Zenobia - Juan Ramón Jiménez*, una sala dedicada exclusivamente a la obra del poeta, a la que este había donado su biblioteca particular así como parte de su extenso archivo sobre literatura española, y que, gracias al empeño y trabajo de Zenobia, pronto se convertiría en la referencia fundamental para todos los estudiosos de la obra del poeta de Moguer⁵⁷⁹.

Pero nada de esto nos explica el por qué de la conspiración. Por qué Juan Ramón monta en cólera, hasta el punto de discutir con su amigo, por qué la vida de Zenobia había peligrado en ese viaje... tal vez, desentrañando este misterio, logremos que la historia de nuestra traición vuelva a recuperar parte de la carga dramática pérdida:

Todo el invierno he estado mala, primero con una cosa y luego con otra, para ir a desembocar al final con una segunda lucha como la de 1953, a pesar de la operación de 1951. Sólo que esta vez ha tomado la forma en que estoy mucho

⁵⁷⁸ Autora, entre otros muchos textos, de los siguientes: Graciela Palau de Nemes, *Vida y obra de Juan Ramón Jiménez*. (Madrid: Gredos, 1957); Graciela Palau de Nemes, *Inicios de Zenobia y Juan Ramón Jiménez en América*. (Madrid: Fundación Universitaria Española, 1982); Palau de Nemes, "De Zenobia y Juan Ramón, los últimos años: cartas (1951-1956)." Es también la editora de los diarios de Zenobia.

⁵⁷⁹ Sobre la fundación de la *Sala Zenobia-Juan Ramón Jiménez* cfr. Raquel Sárraga, "La Sala Zenobia-Juan Ramón Jiménez en la Universidad de Puerto Rico," *Ínsula* 356-357(1976). La trascendencia de esta donación puede entenderse no sólo por la propia obra de Juan Ramón, sino por la importancia de su biblioteca personal, cfr. S. González Ródenas, *Juan Ramón Jiménez a través de su biblioteca. Lecturas y traducciones en lengua francesa e inglesa (1881-1936)*. (Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2005).

más inútil que entonces porque ni puedo llevar el coche al hospital para los tratamientos, ni casi sentarme.⁵⁸⁰

La enfermedad que mantiene a Zenobia en ese estado, la que hace que ir a la biblioteca sea un peligro para su vida, es el cáncer.

No era esta la primera vez que se encontraba con la enfermedad. Zenobia se había enfrentado al cáncer en tres ocasiones anteriores. La primera en Madrid, en 1931, donde fue tratada por el doctor Goyanes⁵⁸¹ de un fibroma benigno que le habían diagnosticado en la juventud. Recibió tratamiento de rayos X para evitar su crecimiento, pero nunca llegó a operarse. Su segundo encuentro con el cáncer se produjo en 1951, a mediados de noviembre. En esta ocasión fue operada en el *Massachusetts General Hospital* de Boston por el doctor Joe Vincent Meigs⁵⁸², quedando, según le comunicó el médico, “completamente curada”⁵⁸³. No obstante, entre los años 1952 y 1953, este reapareció, sometiéndose nuevamente a tratamiento en Puerto Rico. Como consecuencia de este último proceso, una vez más se le dijo estar “completamente curada”⁵⁸⁴. Sin embargo, el cáncer retornó en 1955, de forma más virulenta esta vez, siendo tratada nuevamente en Puerto Rico con rayos X, trasladándose en 1956 al *Massachusetts General Hospital* para una nueva operación, que el doctor Meigs, ante el daño que había sufrido por el

⁵⁸⁰ Zenobia Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. (Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes, 2006). Carta fechada en Puerto Rico el 15 de abril de 1956, p. 1.388.

⁵⁸¹ José Goyanes Capdevila (1876-1964), famoso médico y cirujano en Madrid a principios del siglo XX y primer director del Instituto Nacional del Cáncer, cfr. Alfredo Die-Goyanes y Javier Die-Trill, "José Goyanes. Cirujano y humanista," *Cirugía Española* 83, no. 1 (2008). También José Luis Fresquet, "José Goyanes Capdevila (1976-1964)," *Historia de la Medicina.org* (2008).

⁵⁸² Joe Vincent Meigs (1892-1963) fue profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de Harvard y uno de los grandes especialistas en cánceres uterinos de la primera mitad del siglo XX, siendo conocido, entre otros muchos logros, por el llamado “Síndrome Meigs”, descrito por él en el año 1934, cfr. Samuel Lurie, "Meigs' Syndrome: The History of the Eponym," *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92, no. 2 (2000). También Sam Gordon Berkow, "A Visit with Dr. Joe Vincent Meigs," *Obstetrics and Gynecology* 13, no. 5 (1959).

⁵⁸³ Diario 3, 14 de agosto de 1954.

⁵⁸⁴ Ibidem.

tratamiento de rayos, se declaró incapaz de realizar en ese estado ⁵⁸⁵, proponiéndole que regresara en septiembre para ver si, mejorada de sus quemaduras, era posible intentarlo⁵⁸⁶.

Nuestra pequeña conjura, por tanto, se sitúa entre ambos viajes de Zenobia a Maryland, en un momento en que, suspendido el tratamiento de rayos, intenta sanar las quemaduras que le habían producido para posibilitar esa segunda operación. Unas quemaduras que, como el mismo doctor que la trató reconoce, son “bárbaras y brutales”⁵⁸⁷. El dolor que sufría era insoportable, hasta el punto de incapacitarla, y los tratamientos que le recomendaban para paliarlo no eran, ni mucho menos, efectivos:

Ayer fue un día de sufrimiento tan intenso por las quemaduras, que desistí de ir a la Universidad y además me quedé sin correo, precisamente cuando más falta me hacía distraerme. Todas las cremas caras recetadas por Fr[anceschi] me quemaban en vez de aliviarme y sólo fue ya anochecido que recordé que a Inés [Muñoz] lo que habían mandado había sido «aceite Johnson para niños». Lo encontré y parece que me quema menos que los demás.⁵⁸⁸

Zenobia se encuentra consumida por el dolor, casi incapacitada, viviendo prácticamente en cama... podemos entender por tanto la reacción de Juan Ramón, que explica la necesidad del silencio, de la conspiración: “*Que no pregunte nada por teléfono [...] Venga a darme la contestación con la excusa del correo*”⁵⁸⁹. Lo que el cáncer no sólo no explica, sino que convierte incluso en más enigmático, es la necesidad de ese viaje a la biblioteca. ¿Qué es tan urgente que obliga a Zenobia a ir a la biblioteca? ¿Por qué ese preciso día?

Ayer fue un gran día gracias a la proximidad de Onís. Con grandes dificultades escapé por la puerta de la cocina y me llevó a la Biblioteca, en donde estuve hasta las 12. La pobre Graciela me ayudó y terminé lo más urgente, que eran los versos de *De ríos que se van*, que terminan el libro. Al mismo tiempo recibí carta de Florit

⁵⁸⁵ Diario 3, 3 de Julio de 1956.

⁵⁸⁶ Diario 3, 11 de Julio de 1956.

⁵⁸⁷ Diario 3, 19 de mayo de 1956.

⁵⁸⁸ Diario 3, 20 de mayo de 1956.

⁵⁸⁹ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*, p. 232.

y todo marcha a pedir de boca. Buena conversación larga con Inés y plan de marcha satisfactorio. La mesa perfecta.⁵⁹⁰

En esta entrada de su diario, Zenobia señala por fin los dos motivos por los que fue necesario este viaje secreto, escapando “*por la puerta de la cocina*”. El primero de ellos, finalizar la selección de poemas del libro *De ríos que se van*, que pasarían a formar parte de la *Tercera Antología*. El segundo, que tal vez nos haya pasado desapercibido, tenía que ver con una mesa.

[...] Tengo el plan de ir yo a la Biblioteca hoy si no J.R. a aprobar la mesa. Terminaré mi trabajo sin teléfono y Dios quiera que no sea sin médica también. G[arcía] M[adrid] me ha prometido llevarme a J.R. si es preciso. La vuelta no la veo aún muy clara.⁵⁹¹

En esta escueta entrada en el diario de Zenobia correspondiente al día 20 es donde se inicia la conspiración. Una conspiración que tiene como detonante una mesa. Algo que nos deja, una vez más, con más preguntas que respuestas. ¿Por qué iba alguien en el estado de Zenobia a arriesgarse a realizar este viaje, que podría ser perjudicial para su salud, por una simple mesa? La respuesta obvia es que, por supuesto, Zenobia no iba a ver la mesa. Iba a hacer otras cosas. Iba a seleccionar esos poemas para la *Tercera Antología*, el que sería el testamento poético de Juan Ramón. Ese sí es un motivo lícito. Eso sí es algo por lo que arriesgarse a pasar una mala noche (como de hecho ocurrió), a sufrir dolor. Y sin embargo, la selección de poemas podía haberla terminado en casa, donde ya había estado trabajando en la *Tercera Antología* desde el día 2 de agosto, en que Graciela le había llevado “*todo el material a casa*”⁵⁹². No es necesario trasladar a un enfermo que sufre terribles dolores, que se encuentra débil, para trabajar con unos papeles que pueden meterse en una caja y llevarse a casa. Mucho más difícil, sin embargo, resulta mover una mesa. Por mucho que nos pueda extrañar, la conclusión más razonable es identificar a la mesa como la causa del viaje, del engaño, de la conjura, del dolor

⁵⁹⁰ Diario 3, 21 de agosto de 1956.

⁵⁹¹ Diario 3, 20 de agosto de 1956.

⁵⁹² Diario 3, 2 de agosto de 1956.

que sufrió Zenobia durante el día, porque olvidó sus medicinas, de la terrible noche que siguió⁵⁹³. ¿Puede una mesa ser la causa de todo esto?

4.2.- El viaje definitivo

*Y yo me iré. Y se quedarán los pájaros cantando;
y se quedará mi huerto con su verde árbol,
y con su pozo blanco.*

(Poemas Agrestes, 1910-1911)

¿Cómo contar la biografía de una mesa? O más concretamente, ¿cómo contar la biografía de *esta* mesa? La respuesta obvia sería situarnos en el momento mismo de su concepción, en el momento en que alguien (Zenobia, Juan Ramón) deciden que *esa* mesa debe estar en la sala. Sin embargo, los que conocemos la historia, los que jugamos con la ventaja de organizar la presentación de la evidencia, sabemos que ese no es el camino adecuado. Porque esa *biografía* no tiene sentido sin el *marco* que la posibilita, sin narrar la historia de la *Sala Zenobia - Juan Ramón Jiménez*. Y a su vez, la historia de la sala no empieza en el momento en que Juan Ramón cede su biblioteca y archivo a la Universidad, sino antes, mucho antes. Antes incluso de que Zenobia y Juan Ramón pensaran en instalarse en Puerto Rico. Y como todas las buenas historias, esta empieza con un viaje.

El 3 de octubre de 1950, tras recibir la noticia a través de la secretaria del Departamento, Zenobia sube a su coche y conduce rápidamente en dirección a su casa de Queensbury Road. Juan Ramón, que había quedado al cuidado de su amiga de juventud Inés Muñoz, había logrado ser ingresado en la clínica *Leland Memorial*, situada al lado de su casa⁵⁹⁴. La única intención de Zenobia, tras abandonar sus clases, era sacarlo de allí. No era la primera vez que algo así ocurría ni, por supuesto, la primera vez que Juan Ramón había estado ingresado en un sanatorio. Desde que tras la muerte de su padre, en 1901, pasase todo el verano en el sanatorio *Castel d'Andorte*, en Le Bouscat (Burdeos), los sanatorios y los médicos

⁵⁹³ Diario 3, 21 de agosto de 1956.

⁵⁹⁴ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 6 de Octubre de 1950, p. 856.

habían sido una constante en la vida del poeta de Moguer, y por extensión, después de su matrimonio, de Zenobia. Tras su regreso a Madrid, después de esta primera reclusión, Juan Ramón se instaló en el Sanatorio del Rosario a los cuidados de Luis Simarro (1851-1921), durante 1902 y 1903. Y cuando abandona ese sanatorio lo hace para instalarse en la casa misma del doctor Simarro. De aquella época guardamos un testimonio de excepción, que muestra perfectamente qué es lo que empujaba a Juan Ramón a buscar estos internamientos. Reproducimos la cita en su totalidad, convencidos de que su fuerza compensa su extensión:

Algunos domingos Manuel y Antonio Machado, Villaespesa y el mismo Cansinos iban a verle al sanatorio El Rosario. Las voces y las risas se apagaban, lo mismo que el sol poniente, cuando trasponíamos la verja del sanatorio y cruzábamos el jardín, ya en sombra, donde cantaba una fuente invisible. Una enfermera, discreta, pulcra y sigilosa, nos guiaba hasta el departamento que allí ocupaba el poeta de las rimas. Una habitación medianamente grande, con ventanas al jardín, confortable como un cuarto de hotel caro, en la que había luz encendida. Una mesa, con libros y papeles en el centro, una chimenea francesa en uno de los testers, con retratos, flores y libros sobre su tapa de mármol. Y en aquel marco de selección, el poeta, pulcro, correcto también, joven, fino, pálido, serio y triste, con unos grandes ojos negros y melancólicos, un bigotillo negro y una barbita en punta, como la de D'Annunzio, tendiéndonos la mano suave y pálida, lacia, en un gesto de fría cordialidad, con una sonrisa que dejaba ver sus dientes blanquísimos de no fumador.

-¡Eres feliz, hombre!-exclamaba Villaespesa-. No te falta nada...Y tienes muy buen aspecto, ¿verdad? Y nos interrogaba a todos. Todos asentíamos.

-Psch... En realidad, no tengo nada concreto- explicaba Juan Ramón-. Solamente esta tristeza, esta angustia, esta inquietud, el corazón, no sé. El doctor Simarro me dice que son los nervios y me receta bromuro a todo pasto. Pero ¿qué tiene que ver el bromuro con esta tristeza?... Es que la vida es triste. Me dice que haga por alegrarme y distraerme, pero, ¿Cómo alegrarme? Si a mí me asusta la alegría. Las cosas alegres me ponen más triste.

El ayudante del doctor Simarro, un mediquito joven y estúpido, que cuando a veces me siento morir y lo llaman, viene, me toma el pulso y se echa a reír, y dice "¡Vaya! lo que usted tiene son dengues. Usted lo que tiene que hacer es venirse conmigo y con unas pelanduscas a la verbena y coger una pítima. "Pero si me

estoy muriendo -le digo yo-. ¡Si me va a dar un colapso!" Y el idiota se ríe "¿Qué se va a morir? Bobadas, aprensiones. Ande y véngase a la verbena" "¿Qué horror, a la verbena! ¡Sería terrible! Morir allí de pronto, entre aquel ruido y aquella alegría, entre borrachos y mujeronas con mantones de manila. ¿Pero es que no existe la muerte repentina? ¡No reza la iglesia en oración!: "¡De la súbita muerte, del rayo y de la centella, líbranos, Señor!⁵⁹⁵

Pese a la sorna, y cierta maldad, con la que Cansino-Asséns narra la anécdota, lo cierto es que estas líneas describen, por boca de Juan Ramón, la enfermedad que, desde ese momento, acompañaría al autor de *Platero y yo* hasta la muerte. Una enfermedad que, años más tarde, en 1950, Zenobia describe como neurastenia, y que tal vez podríamos identificar con una depresión recurrente. Se explica así la querencia de Juan Ramón por los sanatorios, en los que irá ingresando en varios periodos de su vida, por voluntad propia. Esta vez, sin embargo, había ido demasiado lejos. La vida de ambos estaba profundamente trastocada, y Zenobia no veía salida a esa situación si permanecían en Maryland:

Estamos en casa, pero ¿cómo estamos? Inés Muñoz se ha venido, la pobre, de su casa de NJ para acompañar a J.R. mientras estoy en la Universidad y para hacerme los recados cuando estoy en casa. Tengo un estudiante de medicina danés durmiendo en casa por las noches, que es la única manera de que J.R. duerma con relativa tranquilidad, aparte de darle sedantes. Desgraciadamente el muchacho no puede venir hasta las 11, cuando termina en el hospital contiguo, y se va a las 6.30. Vivimos en continuo sobresalto, porque J.R. nos anuncia cada poco rato que está muy malo [...] Le hablé del Sanatorio de Alicante y me parece menos reacio que antes a la idea de España.⁵⁹⁶

La idea de trasladarse a España no había sido únicamente de Zenobia. Sin duda, el posible regreso a España era algo que barajaba en ese momento y barajaría por el resto de su vida, tanto por nostalgia de amigos y familiares, como por el apoyo que, sabía, iba a encontrar en ellos. Pero en esta ocasión habían sido los médicos los que habían aconsejado el traslado de Juan Ramón a un país de habla hispana, pensando

⁵⁹⁵ Rafael Cansinos-Asséns, *La novela de un literato (Hombres-Ideas-Efemérides-Anécdotas...)*, vol. 1. (1882-1914). (Madrid: Alianza Editorial, 1982), p. 118-20.

⁵⁹⁶ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada en Riverdale el 30 de septiembre de 1950, p. 853-854.

que, de esta manera, en una cultura próxima y donde los médicos y cuantos le rodeasen hablaran su idioma, el proceso de recuperación del poeta sería más rápido. No fue España, finalmente, el destino elegido, sino Puerto Rico, donde pasarán una corta temporada entre 1950 y 1951, desembarcando en San Juan el 20 de noviembre de 1950. Y si bien la estancia no obtiene los resultados esperados en cuanto a la recuperación de Juan Ramón, y en ningún momento abandona Zenobia la idea de España, sí que ocurre un acontecimiento que cambiaría sus vidas: el rector de la Universidad de Puerto Rico, que visita al poeta durante su convalecencia, les ofrece a ambos sendos puestos de trabajo en la Universidad, a partir de curso siguiente, 1951 – 1952.

Pese a que Zenobia, en un primer momento, no lo ve claro, finalmente decide aceptar. Por dos motivos principales: en primer lugar, porque la economía familiar, tras los gastos médicos ocasionados por Juan Ramón y la pérdida de ingresos por la ausencia de ambos de la universidad, se encontraba en una situación delicada⁵⁹⁷; y en segundo lugar, porque el regreso a Maryland, a la Universidad, con Juan Ramón enfermo había acabado con su resistencia física y mental:

Gracias por su carta. Yo no quiero nunca tardar en escribirles, pero la verdad es que estoy pasando por la temporada más triste, inquietante y desmoralizadora de mi vida, y hay veces que estoy tan cansada física y moralmente que no me queda nada más que un hueco o un entumecimiento en la cabeza. No me doy cuenta del tiempo que ha pasado entre una carta y otra, porque apenas pasa un día en que no tenga un problema nuevo que resolver.⁵⁹⁸

La decisión, por tanto, está tomada, y el 19 de marzo de 1951 llegan a Puerto Rico, para quedarse definitivamente.

Exilios

Juan Ramón y Zenobia llevaban viviendo en Riverdale desde el año 1945. Desde que salieran de España en 1936, para apoyar a la República aprovechando la fama del poeta, Zenobia y Juan Ramón habían vivido en Nueva York, Puerto Rico, La Habana, Florida, Cuba, nuevamente Nueva York, Florida y, finalmente, en

⁵⁹⁷ Ibid. Carta fechada en Río Piedras, Puerto Rico, el 12 de diciembre de 1950, p. 868.

⁵⁹⁸ Ibid. Carta fechada en Riverdale el 4 de marzo de 1951, p. 885.

Washington. Durante este tiempo, su vida fue la de unos nómadas, sin llegar a instalarse nunca en ningún sitio, viviendo de forma provisional⁵⁹⁹. En el año 1944 son contratados por primera vez por la Universidad de Maryland, y será en 1947 cuando, tras once años fuera de España, por fin se establecen, tomando la decisión de comprar una casa en Riverdale, cerca de la Universidad y al lado, claro está, de una clínica (Ilustración 24). La clínica donde Juan Ramón se internará tres años más tarde.



Ilustración 24: Casa de Zenobia y Juan Ramón en Riverdale

La compra de la casa y su traslado definitivo a Maryland conlleva un importante cambio en la vida de la pareja: por fin, tras once años de exilio, tienen un sitio que llamar propio, una casa en la que pasar el resto de su vida, o esa era, al menos, su intención. Ha llegado el momento de traer las cosas que habían dejado atrás en su precipitada salida de España, de trasladar, desde Madrid, los muebles, vajillas, artículos de decoración, libros, revistas, etc., que habían abandonado en su casa. Había llegado el momento de rehacer sus vidas.

⁵⁹⁹ En Miami compraron una casa, pero una nueva recaída de Juan Ramón, que motivó el traslado a Washington, les obligó a venderla.

Los principales interlocutores para este traslado fueron Juan Guerrero y su mujer Ginesa Aroca⁶⁰⁰. Juan Guerrero había sido amigo de Juan Ramón desde 1913, tras conocerse en Madrid, en la Residencia de Estudiantes. A partir de aquel encuentro, Juan Guerrero se convierte en el factótum de Juan Ramón. Su amigo más fiel. No es de extrañar, por tanto, que tras finalizar la Guerra Civil, y una vez que la familia de Guerrero regresa a Madrid tras haber pasado gran parte de la guerra en Murcia y Alicante, sea él el encargado de hacerse cargo de todo lo que Juan Ramón y Zenobia habían dejado atrás, pasando a ser utilizados una parte de los bienes de la pareja para amueblar la casa de la familia Guerrero:

No me acuerdo del número de la calle de Moreto pero es la de la manzana que da por detrás a Alfonso XII. Estos muebles están pintiparados para ustedes, aunque las camas del matrimonio eran de ellos (uno de los colchones, mío), porque había dos camitas de cuproníquel muy buenas y nuevas en el cuarto de los niños, un diván cama en el despacho, otro en el cuarto de huéspedes y otro de matrimonio. La mesa de despacho le vendría muy bien a Juan, así como las estanterías, el tresillo nuevo, comedor estupendo -mesa espléndida, isabelina, y sillas imperio-, un arcón antiguo de talla, e infinidad de otras cosas que no recuerdo, entre ellas, una alfombra de nudo, buenísima y que se hizo especialmente para ellos, la lámpara del despacho y del *hall*, etc. Podrían arreglarse una casa muy bonita como era la de Larraín.⁶⁰¹

⁶⁰⁰ No parece necesario incidir en la importancia que Juan Guerrero Ruiz (1893-1955) tuvo para la poesía y la literatura española de la primera mitad del siglo XX. El llamado por Lorca "cónsul de la poesía" fue uno de los principales protagonistas de la llamada "Edad de plata", si bien su puesto estuvo siempre en la sombra, como impulsor de proyectos editoriales, archivero de los trabajos de sus amigos, y apoyo constante de todos ellos, pero especialmente de Juan Ramón y Zenobia. Para la actividad literaria de Juan Guerrero ver F.J. Torregrosa Díaz, *Juan Guerrero Ruiz: Vida literaria y Epistolario inédito*. (Murcia: Academia Alfonso X el Sabio, 1986). Para la relación con Juan Ramón y Zenobia, ver F.J. Díez de Revenga Torres, "Juan Ramón y Juan Guerrero Ruiz (algunos datos inéditos)," en *Actas del Congreso Internacional conmemorativo del centenario de Juan Ramón Jiménez, celebrado en la Rábida durante el mes de junio de 1981* (Huelva: Diputación Provincial de Huelva, 1983). Graciela Palau de Nemes, "Juan Ramón Jiménez y el Epistolario de Zenobia Camprubí. Convergencias y divergencias" (paper presentado en *Zenobia hoy*, Madrid, 07/11/2006). M.J. Porro Herrera, "Zenobia y Juan Ramón en la mirada y la voz de Juan Guerrero Ruiz," *Boletín de la Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes* 156 (2009).

⁶⁰¹ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 26 de mayo de

La casa a la que se mudarán los Guerrero será una de las muchas que Zenobia tenía alquiladas en Madrid, y que ella misma amueblaba y decoraba, para luego ofrecerlas en alquiler, principalmente a americanos que venían a España. Este negocio estaba relacionado con otro, que había montado junto a su amiga Inés Muñoz en 1920, bajo el nombre de *Arte Popular Español* (Ilustración 25):

[...] organizamos una modesta industria con la idea de crear una escuela de bordado en algunos pueblos en donde ese arte se cultivaba y de exportarlo al extranjero. Yo me ocupaba de la parte técnica: que consistía en buscar modelos, tejidos, hilos, colores, etc., y ella se ocupaba de distribuir las labores en los Estados Unidos entre decoradores profesionales. Sin embargo, económicamente siguió siendo difícilísima nuestra empresa. Al fin, mi asociada se instaló en Madrid con el propósito de abrir conmigo una tienda. Ya no nos limitamos a los bordados y deshilados, que fueron nuestro primer interés, sino que nos extendimos a todas las manifestaciones del arte popular: forja, alfarería, vidriera, filigrana, trajes, juguetes, encajes, tejidos, esteras, etc.⁶⁰²

La casa de Zenobia en Madrid, como resultado de su conocimiento sobre arte popular español, se encontraba llena de muebles de estilo castellano o isabelino, piezas de orfebrería y cerámica que ahora, por fin, tras instalarse en Riverdale, podía recuperar. Si en 1939 algunas de esas propiedades habían pasado a los Guerrero o bien habían sido almacenadas en el desván del Museo Romántico de Madrid⁶⁰³, ahora todo debía venir a Maryland:

1939, pp. 174-175.

⁶⁰² Citado en Emilia Cortés Ibáñez, "Zenobia Camprubí, una vida hacia Juan Ramón" (paper presentado en *Zenobia hoy*, Residencia de Estudiantes, Madrid, 7 de noviembre de 2006).

⁶⁰³ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 22 de diciembre de 1953, p. 1.133.



Ilustración 25: Fachada de la tienda Arte Popular, hacia 1928.

Ante todo debo decir que *todo* debe venir dirigido a nosotros que somos los dueños y *más tarde*, como es natural, daré algunos recuerdos de familia a mi hermano. En segundo e importantísimo lugar deben, si es posible, llegar antes del 2 de setiembre, en que se cumplen los diez años de nuestra ausencia. Estas dos salvedades las hago después de haber recibido la contestación del comisionado de aduanas, a quien he expuesto el caso. *Todos* los objetos de nuestro uso particular pueden entrar libres de aduanas y lo mismo las ropas, que creemos entender quedaron allí [...]⁶⁰⁴

Así pues, en marzo de 1946 los planes para el transporte de las pertenencias de Zenobia y Juan Ramón ya están trazados, y muebles, obras de arte, archivos, objetos de decoración... todo, en definitiva, les tenía que ser enviado:

De las sillas de respaldo alto quisiéramos las dos que estén en mejores condiciones. Las isabelinas pueden venderse todas. [...] No tenemos ningún recuerdo de familia relacionado con ellas y, por eso, no las queríamos aunque estuvieran flamantes. Las repisitas *de pie* y de pino las compré de lance en el mismo precio. Son las del pasillo. Escribo a Elisa para decirle que puede ir entregándoles las cantidades necesarias para liquidar el piso; alquileres, trasportes, etc. Este último, creo puede hacerse a portes debido si recuerdo bien,

⁶⁰⁴ Ibid. Carta fechada el 17 de marzo de 1946, p. 499. Énfasis de la autora.

si no, un cable sería suficiente. [...] El estuche de cuero fue un regalo de mi hermano José para las excursiones en automóvil y me recuerda días muy felices en su compañía, aparte de ser muy práctico para las que se puedan hacer ahora. El juego de café también es recuerdo muy querido de mi abuela materna [...] J.R. tiene mucho interés en la Santa Eulalia [sic. Úrsula]. Ya saben que el mueble de pino de los medicamentos es para la venta. Las mesitas bajas de extensión, para nosotros, menos la de Pablo, las isabelinas también.⁶⁰⁵

El objetivo de este envío es cerrar el piso que todavía mantenían en Madrid, y, por tanto, un proceso de selección es necesario. Zenobia, a través de la larga correspondencia con Juan Guerrero, lo organiza todo desde la distancia: qué debe enviarse, qué guardarse en el Museo Romántico, qué se quedan los Guerrero, como regalo o en depósito, qué se vende, quién se encargará del transporte⁶⁰⁶... El detalle con el que la tarea se lleva a cabo es sorprendente, y lo volveremos a encontrar en otros momentos de la vida de Zenobia. Varias cosas nos llaman la atención en este proceso. En primer lugar el profundo conocimiento de Zenobia sobre los trámites aduaneros y sobre la logística de los envíos. Obviamente, esto no nos puede extrañar, puesto que sabemos que Arte Popular se había dedicado, precisamente, al envío de material desde España hasta Estados Unidos. Además, gran parte de la familia materna de Zenobia eran residentes o ciudadanos en Estados Unidos, de ahí que incluso desde su niñez, las relaciones entre Zenobia y el otro lado del Atlántico (donde pasó parte de su juventud) fueran constantes⁶⁰⁷. Zenobia estaba familiarizada con los trámites debido a una vida en la que este tipo de transportes, tanto por motivos familiares como profesionales, habían sido algo común⁶⁰⁸.

⁶⁰⁵ Ibid. Carta fechada el 17 de marzo de 1946, p. 499-500.

⁶⁰⁶ La casa de transportes Gustavo Guggenbuhl, con los que ya había trabajado durante la etapa de Arte Popular, cfr. Ibid. Carta fechada el 1 de mayo de 1935, p. 30.

⁶⁰⁷ La familia de Zenobia por parte materna era, casi en su mayoría, estadounidense. La familia Aymar estaba emparentada, de hecho, con Martin van Buren, octavo presidente de los Estados Unidos entre 1837 y 1841.

⁶⁰⁸ Esta familiaridad de Zenobia con el tránsito de mercancías entre Estados Unidos y Europa se había visto intensificada por su labor enviando ayuda al bando Republicano mientras duró la Guerra Civil. Ver la correspondencia de esos años entre Zenobia y Juan Guerrero, cfr. Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*.

El segundo punto que queremos señalar es la increíble capacidad de Zenobia para recordar hasta el más mínimo detalle de los objetos a que se refiere: recuerda el precio por el que los compraron, el estado en que se encuentran, cómo estaban tapizados, etc. Este cuidado del detalle es también una habilidad desarrollada durante sus años en Arte Popular, como queda bien patente en algunas de las cartas que escribió a Juan Guerrero durante el periodo en que colaboraron en la decoración de un establecimiento hotelero, el Parador de Calpe:

Como el señor López me indicó que lo que más les preocupaba eran el *hall*, la sala de estar y el dormitorio (dado el presupuesto): *Hall* popular: sillar de Bellreguart, con butacas y escaños del mismo corte, estera de allí -me refiero a la fábrica recomendada por usted que tiene cosas muy bonitas-, mesas de hoja caída, que por lo visto es muy típico, y alguna de las pequeñitas populares, y cuatro lámparas en las esquinas, de vidrio blanco o ámbar. Le mando aparte un garabato de cada una de estas cosas.⁶⁰⁹

Una capacidad para el detalle que había sido incentivada desde su misma juventud, cuando escribía largas cartas a su madre sobre sus actividades diarias⁶¹⁰, o cuando se trataba de decidir si una deferencia social hacia un conocido debía ser, o no, llevada a cabo⁶¹¹. Se trataba esta de una habilidad imprescindible para una mujer de la alta burguesía, como estaba destinada a ser Zenobia, y que luego sería aplicada a su faceta profesional con los objetos. Algo, por otra parte, que no resultaba ajeno al juego de la cortesía burguesa, ya que gran parte del mismo estaba basado, precisamente, en el empleo de la cultura material para la formación de vínculos, y la autorepresentación del individuo, algo de lo que Zenobia es claramente un ejemplo⁶¹².

⁶⁰⁹ Ibid. Carta fechada el 1 de febrero de 1935, 23.

⁶¹⁰ Cortés Ibáñez, "Zenobia Camprubí, una vida hacia Juan Ramón," 6.

⁶¹¹ Ibid., 5-6. La lectura de cualquier manual de urbanidad de finales del siglo XIX y principios del XX nos hará ver hasta qué punto la "reciprocidad" es la base de la cortesía.

⁶¹² "J.R. entrevistado por el joven Mario Maurín, que llega cargado de rosas para mí. Las hay en todas partes. Me ha encantado esta amabilidad, que en este rincón tenía casi olvidada", Diario 3, 7 de agosto de 1952. La entrega de pequeños regalos a las mujeres, así como el hábito de honrar al anfitrión dedicando atenciones a la esposa, eran estrategias recogidas en diversos manuales de urbanidad, cfr. A. Grassi, *Novísimo Manual de Buenas Maneras, para uso de la juventud de ambos*

El tercer elemento que queremos apuntar es el criterio empleado para la selección de los artículos que deben ser enviados: el que tengan, o no, recuerdos asociados. Gran parte de la relación que mantiene Zenobia con los artículos que pide se le envíen es afectiva. Esto es evidente en los señalados por ella (el juego de café, el estuche de cuero), pero también está presente como un elemento constante en todo el proceso, desde el mismo momento en que el valor emocional, los recuerdos asociados, son una condición fundamental a la hora de escoger qué viene y qué se queda, qué se guarda y qué se vende: “*Las isabelinas pueden venderse todas [...] No tenemos ningún recuerdo de familia relacionado con ellas [...]*”. Zenobia es consciente del valor sentimental de muchos de estos objetos, y se convierte en un elemento discriminatorio: cuando el costo del envío de una pieza es desproporcionado, lo que prima es el valor sentimental de la misma. Así, a lo largo del proceso varias de las piezas en principio seleccionadas para su envío se quedarán en Madrid, mientras que otras, debido a su valor emocional, serán enviadas a Maryland sin tener en cuenta el coste. De ahí que la casa de Riverdale, al finalizar este proceso (hacia finales de 1948), fuese el resultado de una destilación de la vida de Zenobia y , una especie de resumen autobiográfico, donde cada uno de los objetos desembalados está cargado con un fuerte valor sentimental:

Así que la casa está aún desordenada pero los bultos, por el momento, casi han desaparecido. Figúrense la alegría de ir abriendo cajones y encontrando tantos viejos amigos [...] Aparte de mi indignación con Walter, estamos contentísimos con las cosas irrompibles. Por romper, la pobre santa [Úrsula] y hasta su peana han sufrido un nuevo martirio. Yo, entusiasmada con mi espejito de plata, que por milagro salió ileso.⁶¹³

sexos. (Madrid: Calleja, López y Rivadeneyra, editores, 1859), cap. XVII. Sobre la aparición de la “mujer burguesa”, son muchos los textos que pueden consultarse, lo que sigue es una mera selección: M. Shanley, *Feminism, Marriage and the Law in Victorian England*. (Princeton: Princeton University Press, 1989); C. Hall y L. Davidoff, *Family Fortunes. Men and Women of the English Middle Class 1780-1850*. (London: Routledge, 2002); R. Rogers, *From the Saloon to the Schoolroom. Educating Bourgeois Girls in Nineteenth-Century France*. (Pennsylvania: Pennsylvania State University Press., 2005).

⁶¹³ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 14 de diciembre de 1948, p. 715-716. Los daños que se señalan fueron debidos al embalaje defectuoso de muchas de las piezas enviadas. Zenobia se quejará amargamente durante la correspondencia posterior.

Ciertas cosas, sin embargo, se quedaron en España, al cuidado de los Guerrero, como el busto de Zenobia realizado por Margarita Gil Roësset, al que ambos tenían gran cariño, y que Zenobia regala a los Guerrero (Ilustración 26), o los retratos hechos por Sorolla, que posteriormente reclamarán.



Ilustración 26: Busto de Zenobia Camprubí, 1932.

Piedra con la pátina perdida. Margarita Gil Roësset.

El traslado forzoso a Puerto Rico, con el que habíamos empezado el presente capítulo, adquiere ahora, tras asistir al proceso de construcción del hogar en Riverdale, una relevancia imprevista en la vida de y, sobre todo, en la de Zenobia. Durante más de tres años, Zenobia se había dedicado a recopilar los trozos más importantes de su vida, abandonados en España, para reincorporarlos a su presente. Riverdale no era solamente un lugar en el que vivían, como había sido anteriormente Miami o Nueva York. La casa de Queensbury Road se había convertido en su hogar, el sitio en el que el pasado se reencontraba con el presente, mediante todas las pertenencias que habían recibido desde Madrid, y que a su vez

se proyectaba hacia al futuro, a través del trabajo que, gracias al envío de una parte del archivo de , este estaba realizando en su obra. Los objetos que tenían en Maryland formaban también una cadena que los unía a los amigos que habían quedado en Madrid, aquellos con los que habían comprado, en su momento, determinado objeto, pero también aquellos (los Guerrero, Elisa Ramonet) que los habían ayudado a traerlos de vuelta a sus vidas. Abandonar Maryland significaba volver a abandonarlo todo, como en el año 1936. Volver a sacrificarlo todo, esta vez, en aras de la enfermedad de .

4.3.- Ríos que se van

*Y que convierte
el tiempo y el espacio, con latido
de ríos que se van, en el remanso
que aparta a las olas que vienen de su muerte.
(Concierto, Poesías últimas escogidas)*

El 23 de noviembre de 1951, Zenobia anota en su diario:

Preocupada por mi propia salud. ¡Sería un contratiempo atroz! Un poco decaída, he pasado el domingo sin hacer nada de provecho como no sea empezar a entrenar una nueva criadita.⁶¹⁴

El motivo de su preocupación era una hemorragia que había sufrido esa misma noche. Apenas un mes antes, había recibido la noticia de que a su prima, Hanna Crooke, le había sido diagnosticado un cáncer. Era el cuarto miembro de su familia que sufría tal enfermedad, antes habían sido sus dos hermanos y otra prima, Eleanor. En esa misma entrada escribe: "*Si me ocurriese a mí, yo quisiera saberlo cuanto antes. Pero ¡que no me ocurra nada mientras tenga a J.R.!*"⁶¹⁵.

Durante el año de 1951, se había ido reponiendo paulatinamente de su enfermedad, gracias al cuidado constante del doctor García Madrid, médico español que trabajaba en el Sanatorio Psiquiátrico Insular, en cuyas instalaciones tenía una casa que compartía con el matrimonio, por deseo expreso de , y al que

⁶¹⁴ Diario 3, 23 de noviembre de 1951.

⁶¹⁵ Ibidem.

atribuían gran parte del mérito en dicha recuperación⁶¹⁶. El cáncer de Zenobia, por tanto, llega en un momento terrible, cuando sus vidas empezaban a retomar el camino perdido en el verano de 1950, y poco a poco se había ido olvidando ese “*dolorido sentir*” en que la vida se había convertido durante la enfermedad de ⁶¹⁷. La única preocupación de Zenobia respecto a su enfermedad, en esos momentos, es la falta de información, la imposibilidad de planificar el futuro, porque nadie le dice qué es lo que realmente le está pasando:

La única cosa que ahora me intranquiliza es que no me digan la verdad clara. ¿Por qué esta incertidumbre en la fecha de partida, que es cuando más necesitamos exactitud para hacer bien las cosas?⁶¹⁸

Una ansiedad que, por supuesto, está ligada a , a dejarlo en medio de ese proceso de mejoría, que sabe será interrumpido con su muerte.

Los hechos se precipitan. Si el 1 de diciembre ya le había sido detectado el cáncer, el 27 del mismo mes es ingresada en el *Massachusetts General Hospital* para proceder a su intervención, que se realiza finalmente el 31 de diciembre. El 11 de enero de 1952 recibe el alta y, tras descansar en compañía de varios de sus familiares, viaja nuevamente a Puerto Rico el día 1 de febrero para reunirse, una vez más, con . En apenas dos meses, Zenobia ha pasado de temer por su vida a sentir que, tal como le aseguró Joe Vincent Meigs, responsable de su operación, estaba “totalmente curada”⁶¹⁹. Tan sólo restaba recibir las dosis de radioterapia, tratamiento que podía hacer en Puerto Rico. Si el año 1951 había terminado con angustia, el de 1952 empezaba con la mayor de las esperanzas: el cáncer había sido eliminado, se reponía a paso firme y empezaba a trabajar. Zenobia empezaba a pensar de nuevo en su futuro, un futuro que incluía, por fin, dejar la casa

⁶¹⁶ Cfr. Carta de Gabriel Franco a Juan Guerrero, 27 de noviembre de 1951, citado en R. Gullón, *El último Juan Ramón Jiménez* (Madrid: Signos, 2006; primera edición, 1968), p. 99-100.

⁶¹⁷ Diario 3, 1 de diciembre de 1951.

⁶¹⁸ Ibidem.

⁶¹⁹ En una carta que envía a Juan Guerrero y Ginesa Aroca el 14 de enero de 1952, Zenobia se encuentra exultante: “Estoy batiendo todos los precedentes con mi rapidísima recuperación. Salí del hospital cuatro días antes de cumplirse los quince de reglamento después de operada y ahora, en cuatro días, ¡me he echado siete libras encima! [...] las cosas van muy bien.” Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 14 de enero de 1952, p. 941-942.

compartida con el doctor García Madrid y empezar de nuevo, junto a , en una casa para ellos solos⁶²⁰.

Hacer presente el pasado y el porvenir

Hoy ha sido el 1.er día que he venido con Francisco a la nueva casa, sin J.R. [...] A pesar de todo, la casa tiene refugio, y hoy que he sacado algunas fotografías y las he colocado en los todavía escasísimos muebles, empieza esto a tener un aire vivido que tal vez compense a J.R. un poco, cuando llegue y vea el desastre del solar fronterizo.⁶²¹

El verano de 1953 es decisivo para la historia de Zenobia y , ya que es el momento en que, por fin, tras un año decidiéndose, dejan la casa de García Madrid (que se había casado recientemente), para instalarse por su cuenta en una casita de planta baja en Hato Rey, a medio camino entre el campus de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras y la capital, San Juan. La casa ha sido elegida no sólo por su disposición y cercanía a la universidad, sino por tener como vecino y casero al Dr. Batlle. La vecindad con un médico era, por supuesto, condición indispensable para . El año y medio transcurrido desde la operación había sido positivo. , poco a poco, había ido mejorando, hasta el punto de que había empezado a dar clases en la Universidad, impartiendo un seminario sobre modernismo. Entre medias, el cáncer de Zenobia se había reproducido, y tuvo que retomar el tratamiento con rayos X. Pero el balance, al menos para Zenobia, era positivo. En una entrada del diario marcada únicamente como “1954”, nos resume cómo había transcurrido 1953, y cómo, pese a lo triste de mucho de lo que le había ocurrido, ella se encuentra esperanzada:

El año 1953 fue grave para mí. La primavera me encontró en un estado de depresión extraordinaria porque en el invierno había amagado de nuevo el cáncer y el pobre Augusto [Camprubí Aymar], ya en la última etapa de su vida (sin saberlo, por deseo de su mujer), estuvo empeorando rápidamente a mi lado en enero y marzo. Se fue ya casi sin poder. Quince días después murió Hannah [Crooke]. Durante todo el invierno me pasé la vida ajetreada entre la clínica y la Universidad, y si los estudiantes no perdieron una sola clase fue porque J.R. me

⁶²⁰ Diario 3, 21 de marzo de 1952.

⁶²¹ Diario 3, 19 de agosto de 1953.

dio algunas, sobre todo, en las 2 últimas semanas de tratamientos de rayos X. El hospital, con sus noches horribles quejidos, era también deprimente. Pero a principios de setiembre recobramos nuestros hogar, con J.R. tan extraordinariamente bien, que su vena creadora parecía estarse queriendo compensar del tiempo perdido [...]⁶²²

La recuperación del hogar, de una casa en la que compartir de nuevo su vida con , sin presencia de terceros, era, sin lugar a dudas, la gran novedad del año. La noticia que convertía 1953 en un año positivo, pese a las muertes de su hermano y de su prima, pese a su propia enfermedad. Porque nuevamente, desde que dejaron Maryland en 1951, Zenobia y volvían a estar juntos, y solos, y Juan Ramón estaba bien, y escribía. La vida que les había sido arrebatada con ese viaje de Juan Ramón al *Leland Memorial*, aquel 3 de octubre de 1950, parecía volver, nuevamente, a ser posible. No nos puede extrañar, por tanto, que la intención de Zenobia sea volver a encontrarse con sus “*antiguos amigos*”⁶²³:

Mi querida Graziella:

Como usted siempre ha sido tan buena con nosotros y me ha dicho y escrito tantas veces que está dispuesta a ayudarnos en cualquier cosa, aquí me tiene usted haciéndole una consulta, y usted me contesta que sí o que no con toda libertad [...] Como es casi seguro que nos quedemos en esta preciosísima isla de PR, parece un poco tonto seguir indefinidamente con el riesgo de sostener una casa, a esa distancia, sin objeto [...] Nuestros muebles están con las telas y los muelles destrozados y tratados a patadas, en el desván de la casa. Lo indicado sería que yo me plantara allá a resolver las cosas sobre el terreno. ¿Usted cree que nos los podría sacar y mandarlos por correo o *express*, lo que resulte mejor?⁶²⁴

⁶²² Diario 3, 1954, p. 39-40.

⁶²³ En 1954, Zenobia decide dejar la enseñanza en la Universidad. Son muchos los factores que influyeron en esta decisión (el consejo médico, la falta de preparación universitaria formal que le exigía, en sus propias palabras, un esfuerzo enorme para preparar sus clases, etc.), pero la principal fue “*que ya sólo quiero, con verdadera ansia, ayudar a J.R. a editar sus libros*”, en Diario 3, 18 de mayo de 1954, cfr. también Diario 3, 22 de mayo de 1954, p. 51.

⁶²⁴ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. Carta fechada el 20 de marzo de 1954, p. 37.

En marzo de 1954 Zenobia empieza a preparar el terreno para traer todo lo que se había dejado en Riverdale tras su precipitada salida de 1952. Muebles que había comprado en Estados Unidos, objetos que le habían enviado desde Madrid, en el año 1948, y todo el material de trabajo que Juan Ramón había dejado allí y que ahora, dos años más tarde, volvía a serle necesario. Para llevar a cabo esta mudanza, y puesto que ella no quiere o no puede viajar hasta allá por no separarse de Juan Ramón, escribe a una antigua alumna que estaba terminando su tesis doctoral sobre el poeta: Graciela Palau de Nemes. Hasta ese momento, la relación entre Graciela y Zenobia había sido la de una alumna con una de sus profesoras. Las cartas que conservamos antes de esta del 20 de marzo de 1954 nos muestran una relación casi formal, de cortesía. Ciertamente es que Graciela había ayudado en lo posible a Zenobia durante la enfermedad de Juan Ramón en Maryland, y también es cierto que es posible detectar, por debajo de la cortesía explícita de las cartas, cierto flujo de simpatía de Zenobia hacia Graciela, que es correspondido por esta con una admiración y devoción sinceras. Pero será a partir de esta carta, a partir de este traslado, cuando la amistad de ambas mujeres se convierta en profunda y duradera.

El traslado duró 6 meses, desde el 20 de marzo, en que Zenobia involucra a Graciela en el proyecto, hasta el 30 de septiembre, en que todo lo que tenían en Maryland llega a San Juan de Puerto Rico. De la correspondencia que ambas mujeres mantuvieron durante este periodo se conservan 35 cartas. Muchas de ellas extensas, con listas adjuntas, planos y dibujos. No se trató de una mudanza fácil. Tuvieron que pedir varios presupuestos, superar una huelga de estibadores en Puerto Rico, y todo ello contando con la distancia, que dificultaba todo el proceso. Zenobia tomaba las decisiones, pero era Graciela la que presentaba las opciones posibles, recomendando las que, desde su punto de vista, eran más factibles. Zenobia tuvo que aprender a confiar en Graciela, algo fácil cuando se percató de lo que ambas compartían: el cuidado por el detalle.

De entre los muchos problemas que ambas debieron sortear, el peor de todos fue, sin lugar a dudas, la búsqueda de un transportista que hiciera el trabajo por un precio razonable. La primera empresa, sugerida por Zenobia y con la que ya había trabajado anteriormente, presupuestó el traslado en 1.745 dólares, sin

desembarco y sin seguro, un precio que Zenobia no podía permitirse pagar⁶²⁵. A partir de este momento, se ponen en marcha dos estrategias paralelas. La primera, la búsqueda de una compañía que permita realizar el trabajo por un precio más ajustado (1.000 dólares). La segunda, expurgar los objetos que deberán quedarse en Maryland:

Como ya están las cosas en marcha, en vez de desistir por completo, propongo reducir drásticamente.

1. Ninguna cama
2. Nada de biombo
3. Ni un solo papel, revista o libro [...]
4. No mandar el escritorio de pie
5. No mandar lámparas de pie
6. Banqueta forrada amarillo
7. Nido de mesitas japonesas

Con todo esto el volumen se reduce considerablemente.

Necesito el sofá, cuatro butacas y las sillas y, de las mesas, la isabelina ovalada, la *Cherry drop leaf*, las de hierros y todas las que quepan sin aumentar [el] precio excesivamente.⁶²⁶

Los descartes se realizan siguiendo un procedimiento similar a aquel del año 1946: se priman los objetos con valor sentimental frente a los que no lo tienen, si bien algunos, como en la primera ocasión, quedan fuera del envío, bien porque sea más barato enviarlos por otros medios, bien porque esperen a una ocasión más propicia. Es Zenobia la que nos lo confirma: *“El espejo roto, lo estaba ya y me gustaría tenerlo de todos modos. Cuando uno se pone viejo y está separado de sus familiares, se pone completamente tonto en cuanto a las cosas que ha tenido toda la vida”*⁶²⁷. Finalmente, sin embargo, Graciela encuentra una compañía que realiza el envío total por el precio marcado por Zenobia:

⁶²⁵ Ibid. Carta fechada el 2 de agosto de 1954, p. 82.

⁶²⁶ Ibid. Carta fechada el 2 de agosto de 1954, p. 83.

⁶²⁷ Ibid. Carta fechada el 9 de agosto de 1954, p. 98.

[...] El presupuesto de \$987,81 cubre todo lo que usted quería al principio: todos los libros y papeles; la cristalería y loza que deseaba, incluyendo la gris y oro; todos los adornos, cuadros, lámparas; y todos los muebles de su primer pedido, incluyendo el *rocker* de Mrs. Boswell, además de la plata y la alfombra. [...] La cabeza de S Úrsula se incluyó en el presupuesto. ¿Cómo o qué es ese relicario de S Eulalia? Y usted mencionó que se cuidaran mucho dos estatuillas de bronce. Yo sólo di con una. Hay una urna de cristal con unos como dragones en el *stem* (no recuerdo la palabra en español) que parece como si hubiera estado pegada con cola y el calor del desván le despegara los dos pedazos. Se lo advierto, no vaya a creerse se le rompiera en tránsito cuando vayan las cosas.⁶²⁸

El 18 de agosto de 1954 sale el envío desde Maryland, conteniendo todo lo solicitado por Zenobia, y el 30 de septiembre, tras mes y medio de viaje, el barco es descargado en San Juan de Puerto Rico, y por fin todo es trasladado a la casa de Hato Rey. Zenobia se prepara para una larga temporada ordenando su casa, restaurando los muebles que lo necesiten, disponiendo los elementos de decoración... sin embargo, las cosas no van a salir como ella esperaba.

Sueño que desbarata mi mañana

Muy queridos amigos [...] En este momento les escribo desde la Clínica Mimiya del doctor Ramón Suárez, en donde le van a hacer un repaso de cuarenta y ocho horas a J.R. a ver si averiguan la causa de su desmejoramiento en algo que no sea puramente psíquico. G[arcía] M[adrid] está bastante desesperado, porque, tanto él como yo, sabemos que es más fácil para J.R. entrar en una clínica que salir de ella [...]⁶²⁹

Juan Ramón se había estado sintiendo mal todo el verano. Nada determinado, en realidad, pero había perdido mucho peso: 15 libras (7 kilos). Esto, sin embargo, no le había impedido trabajar en su obra⁶³⁰, y en septiembre retomaría su seminario

⁶²⁸ Ibid. Carta fechada el 6 de agosto de 1954, p. 95-96.

⁶²⁹ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 5 de octubre de 1954, p. 1.246-1.247.

⁶³⁰ "Cuando llegué a casa J.R. tenía su trabajo colocado a su alrededor. Estaba enfrascado en él y me dijo: <<Ya me he vuelto a meter en un trabajo, gracias a Dios>>. Me parecieron dos piedras monumentales gemelas y señalé éste como un gran día. J.R. estaba tan emocionado por lo mío como por lo suyo. ¡Qué alegría! ¡Y cuántas gracias le doy yo a Dios en un día como este!", Diario 3, 14 de agosto de 1954, p. 65.

sobre modernismo, si bien “*es lo único que quiere hacer, es decir, que tiene ganas de hacer*”⁶³¹. Durante septiembre se le había estado tratando con inyecciones de hígado de bacalao⁶³², para que recuperara peso y, con él, las fuerzas. Pero llegados a este punto, Zenobia toma la decisión de ingresarlo en la clínica para que le hagan pruebas y un reconocimiento. Como bien sabían Zenobia y García Madrid, era más fácil entrar que salir de la clínica y esta vez no sería una excepción.

Le estoy escribiendo una carta muy triste porque el pobre J.R., que venía encontrándose flojo desde hace meses, ha tenido una recaída (no tan profunda como la anterior, pero bastante para estar de nuevo en un hospital: esta vez en el Auxilio Mutuo) [...] Como vuelve a considerar que se muere al día siguiente todos los días, no quiere hacer más proyectos que para mi viudez. El mismo médico que lo cuidó antes dice que vuelve a salir, «pero que todavía nos dará un poco la lata». Usted puede figurarse que «la lata» para mí es que se me consume el alma, la vida y el corazón. El estrellarse con esa constante obstrucción negativa es una frustración constante que aniquila.⁶³³

Tal y como temían, esta “nueva” enfermedad de Juan Ramón no es más que una recaída en la antigua: la neurastenia de 1951, los “dengues” de 1902, los “nervios” que diría Simarro, en definitiva: “*esta tristeza, esta angustia, esta inquietud, el corazón, no sé*”⁶³⁴. “*Depresión nerviosa*” la llama Zenobia, en una carta a Graciela del 11 de febrero de 1955⁶³⁵. Sea como sea, Juan Ramón estará entrando y saliendo de varias clínicas durante todo el final de 1954 y principios de 1955.

Físicamente se ha repuesto muchísimo, tiene buen color y está bastante menos esquelético, pero las depresiones nerviosas tardan en desaparecer y, aunque ya no dice que se va a morir, dice que debiera morir. Yo le llevo todos los días cartas, revistas, hasta un vestido o sombrero que me compré, para alegrarlo, pero hace

⁶³¹ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. Carta fechada el 1 de octubre de 1954, p. 116.

⁶³² Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 26 de septiembre de 1954, p. 1.243.

⁶³³ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. Carta fechada el 18 de noviembre de 1954, p. 122.

⁶³⁴ Cfr. supra. p. 252.

⁶³⁵ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. Carta fechada el 11 de febrero de 1955, p. 130.

meses que no conseguimos hacerle reír [...] Él comía bien en los dos primeros hospitales pero, cuando estaba en el segundo, empezaron a darle una nueva droga y, desde ese momento, se negó a pasar nada sólido y acabó por no querer tomar ni un litro de leche al día y por quedarse del todo en la cama. Fue preciso llevarle a este tercer hospital especializado para que lo alimentaran, pues había llegado a un punto de extenuación en que tenían que hacerle, al principio, tres transfusiones semanales. Gracias a Dios ha respondido muy bien a ese tratamiento y ya está completamente fuera de peligro. Ahora falta continuar el tratamiento moral [...]⁶³⁶

Pese a sus esfuerzos a partir de enero de 1955, Zenobia es incapaz de lograr que Juan Ramón vuelva a casa. Este se niega, alegando que “*puesto que se va a morir*”, para qué molestarse. Tan sólo una súbita enfermedad de Zenobia, resultado del agotamiento provocado por la tensión constante a la que está sometida, consigue sacar a Juan Ramón de la cama, y el 17 de febrero, una Zenobia exultante escribe a Juan Guerrero: “*Tengo que darles una noticia estupenda. ¡J.R. está en casa!*”⁶³⁷.

4.4.- La Sala Zenobia – Juan Ramón Jiménez

Juan Ramón nunca se repondrá tras esta nueva recaída. No volverá a trabajar, su contacto con los demás será complejo y tortuoso, por sus muchas manías (sobre todo olfativas), pero también por su tendencia a no querer salir de casa, ni siquiera acompañado por el doctor. Las visitas del barbero se convertirán en una tortura, así como las comidas. Sus maneras destempladas con los demás, incluso con Zenobia, sus ataques de furia, su manía de no cambiarse de ropa, de destruir bolsillos, manteles, platos... irán aislando a la pareja del mundo. Juan Ramón, en definitiva, está en casa y su salud física es excelente. Pero no es Juan Ramón. No volvería a serlo. Por mucho que Zenobia luche para evitarlo.

No voy a tratar de resolver más que un problema a la vez. Lo primero llevar a J.R. a la clínica, lo segundo trabajar en su obra y lo tercero salvar su biblioteca, que corre el riesgo metida en cajones en un garaje. Antes de llevarlo voy a preguntarle si le parecería bien regalarla o depositarla en la biblioteca de la

⁶³⁶ Ibid. Carta fechada el 11 de febrero de 1955, p. 129-130.

⁶³⁷ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 17 de febrero de 1955, p. 1.320.

Universidad. Porque, si Benítez nos diera una habitación, quien sabe, incluso pudiéramos trabajar allí con más desahogo que en casa y me dejaría más sitio para desenredar primero lo que he dicho y luego tratar de ordenar el trabajo inédito.⁶³⁸

Habíamos dicho que la Sala Zenobia y Juan Ramón Jiménez había sido posible por la donación de la biblioteca personal de Juan Ramón a la Universidad de Puerto Rico. Dicha donación, lo sabemos ahora, fue idea de Zenobia. Su finalidad era salvar la biblioteca, pero los planes de Zenobia incluyen algo más, incluyen la creación de una sala dedicada al poeta, una sala en la que puedan trabajar ambos en la obra inédita del de Moguer.

[...] la habitación que se les destine como «Biblioteca de J.R.», en donde J.R. pudiera trabajar conmigo en un silencio sepulcral interrumpido sólo por los profesores o estudiantes que vinieran a consultarle para sus tesis o escritos sobre cuestiones literarias. Si esto lo aceptan todas las partes: el rector, el médico y sobre todo J.R., queda hecho. Entonces podría decorarse la biblioteca J.R. con las cantidades de cosas que él ha coleccionado a través de los años: y retratos de amigos del mundo literario, artístico, etc. Me está dando una verdadera ilusión [...]⁶³⁹

Los planes de Zenobia, como vemos en esta cita, no incluyen solamente la salvación de los libros de Juan Ramón, sino también la salvación de Juan Ramón. En la mente de Zenobia, desde el principio, la sala que se creará en la biblioteca tiene, ante todo, una finalidad *terapéutica*: “*Ahora estoy tratando de interesarle en el salón que la Biblioteca de la UPR va a dedicar a los libros que él le ha regalado. Es decir, interesado está, pero cree que el rector, su médico y yo somos unos ilusos de pensar que él pueda ya intervenir en nada de eso*”⁶⁴⁰. La biblioteca de Juan Ramón irá adquiriendo, a lo largo del proceso de su constitución, multitud de funciones. Herramienta terapéutica, centro de estudios, un segundo hogar para Zenobia, memoria extendida de Juan Ramón, resumen de sus vidas, depositaria de su futuro en la forma de la *Tercera Antología*, aglutinadora de relaciones sociales, y,

⁶³⁸ Ibid. Carta fechada el 20 de diciembre de 1954, p. 1.280.

⁶³⁹ Ibid. Carta fechada el 13 de enero de 1955, p. 1.302.

⁶⁴⁰ Ibid. Carta fechada el 17 de enero de 1955, p. 1.305.

finalmente, un refugio emocional para Zenobia en sus peores momentos. Y todo eso se consiguió a través de la acumulación de objetos.

Biografía de una mesa

Ahora, por fin, después de más de una veintena de páginas sin encontrarla, hemos dado con nuestra mesa. Y ahora, por fin, podemos contar su historia, detallar su biografía. Porque es ahora cuando tendrá sentido. El 8 de mayo de 1955, Zenobia escribe a María Isabel Guerrero Aroca. Hacía escasamente dieciocho días que Juan Guerrero había muerto, víctima del cáncer, y Zenobia no quiere involucrar a Ginesa.

Ya están decididos todos los muebles y empezándose a hacer. Lo primero que me pidieron fue la mesa de trabajo que fue de él y que él le regaló a tu padre, que yo negué en principio por lo mismo pero que todos podemos desechar con la conciencia completamente tranquila por todos los estilos. Cuando ellos mismos se convencieron al saber que es de nogal y por tanto puede atacarla «el comején» y se decidió a satisfacción de todos que se haría una reproducción exacta en caoba mate, para lo que le tengo que pedir a Juan Arturo el primer favor: que nos mande una foto de la mesa y las dimensiones exactas o, aún mejor, un patrón en papel de la mesa.⁶⁴¹

Aquí empieza, por tanto, nuestra biografía. Una biografía que concluiremos, como ya sabemos, con el complot del 21 de agosto de 1956. Durante el periodo que va de una fecha a otra –más de un año–, son muchas las cosas que van a ocurrir, muchas de ellas alrededor de esta mesa que, por insistencia de Jaime Benítez (1909-2001), rector de la Universidad, y Mr. Hayes, director de la biblioteca, debía estar en la Sala. Esa es la primera de sus peticiones, de cuya consecución, pese a la negativa de Zenobia, no desisten hasta saber que la mesa no resistiría en el trópico, al estar hecha de nogal. Así pues, se decide realizar una reproducción, para que sea ella la que esté en la sala. ¿Por qué este interés en la mesa?

El escritorio de Juan Ramón era el que había en su casa de Madrid y que, tras la guerra, regaló a Guerrero. El valor de dicha mesa de trabajo radicaba en que, sobre ella, Juan Ramón había trabajado, había creado sus obras, durante cerca de veinte

⁶⁴¹ Ibid. Carta fechada el 8 de mayo de 1955, p. 1.356.

años. En la mente de Benítez y de Mr. Hayes, esa era la mesa en la que se había escrito *Platero*, sin lugar a dudas, la más famosa de todas las obras del poeta. La función de un museo de este tipo no es otra que la de reconstruir a la *persona-que-fue*, a través de los objetos que fueron importantes durante su vida⁶⁴². Creemos que, a través de la acumulación de objetos pertenecientes a esa persona seremos capaces, por un lado, de adquirir nuevo conocimiento sobre su vida y su obra y, por otro, este nuevo conocimiento nos aproximará más a “quien él/ella realmente era”. La mesa de trabajo, para Benítez y Hayes, constituía un elemento fundamental para la sala en construcción porque aportaba el espacio físico, real, en que la obra de Juan Ramón había tomado forma y, a través de ella, nos sería posible conocer las condiciones en que se desarrolló, nos permitiría *imaginar* al poeta completando su obra. Zenobia, a su vez, comparte esa idea. El motivo para no pedir la mesa es que esta se regaló a Juan Guerrero como un *recuerdo* de una época compartida entre ambos, Guerrero y Jiménez, que está unida, irremediabilmente, con la creación literaria del de Moguer. A su vez, también entiende que la mesa es importante para la sala, de ahí que abogue por la creación de una réplica. Pero Zenobia tiene también otros motivos. Como decíamos más arriba, la sala es, para Zenobia, no sólo un espacio para el recuerdo, sino para la curación. Una curación que pasa por devolver a Juan Ramón su vena creadora, devolverle la poesía. Y en esta misión, la mesa (o su réplica), es a la vez recuerdo y acicate, pasado y futuro. A través de la acumulación de objetos que ordenen el pasado de Juan Ramón como creador, pretende proyectarlo hacia un futuro que le permita completar su obra: “*Al segundo intento, y con la cooperación del Dr. Batlle, J.R. fue a su sala, se encantó con ella y en las 4 horas que estuvo allí, decidió todo lo que había que hacer. Desde luego, rechazó las ofertas de instalaciones lujosas y le encantaron los anaqueles lisos de caoba sencilla y recia. Todo quedó decidido*”⁶⁴³.

⁶⁴² Esta reconstrucción de la “personalidad” es el motivo principal de cualquier *memorial*. Es mucha la literatura sobre este tema, pero nos limitaremos a citar un artículo que resulta relevante en este contexto por la proyección de futuro que, muchas veces, ese memorial posee, no sólo como construcción de la “persona” que fue, sino también de la que pudo haber sido, o puede llegar a ser, cfr. L. Layne, “‘He was a Real Baby with Baby Things’: A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss,” *Journal of Material Culture* 5, no. 3 (2000).

⁶⁴³ Diario 3, 17 de mayo de 1955, p. 91. La proyección hacia el futuro pasa por la finalización de la

La Sala se va conformando, poco a poco, alrededor de esta mesa. O tal vez sería mejor decir de su ausencia. Todo se precipita a partir de octubre de 1955. El cuatro de ese mes, Zenobia anota en su diario:

Nuevos cambios esta mañana. Resulta que para la Feria del Libro vamos a dejar nuestra sala abierta, y por lo tanto todo debe estar presentable dentro de 15 días. Esto significa otro cambio de organización, por lo menos provisional. Las revistas tendrán que ocultarse, el estante provisional desaparece, como las dos mesas de pino impresentables. Hay que llevar de casa más muebles y mi retrato de Sorolla. Sobre todo tienen que desaparecer los inmensos montones de revistas sobrantes y colocar a escape los libros dispersos. Todo a paso de carga. Resuelvo comprar estantes de caoba con ladrillos de vidrio, todo ello fácilmente transportable, y desechar los estantes de pino, que se me están llenando de polilla, y los libros id.⁶⁴⁴

Entre mayo y octubre la tarea de Zenobia había consistido, principalmente, en el traslado y ordenación de la biblioteca de Juan Ramón a la sala de la universidad. Este era un trabajo ingente, ya que, durante todo el exilio, ambos habían acumulado revistas literarias que les enviaban tanto desde España como desde varios países americanos, muchas de ellas, por tanto, repetidas. A ello se debían añadir los libros de Juan Ramón, tanto los enviados desde España como los comprados durante el exilio, así como los ejemplares de sus propias obras y traducciones, de muchas de las cuales tenían varios ejemplares de distintas ediciones... Este traslado, junto al de algunos muebles y propiedades personales, permite a Zenobia decir a Juan Guerrero: *“Lo que va muy bien es la biblioteca, en donde me paso dos o tres horas todas las mañanas y en donde J.R. está en todas partes, menos en persona, porque aún no se ha dignado poner los pies en tan encantador lugar”*⁶⁴⁵. La apertura de la sala por motivo de la Feria del Libro empuja a Zenobia a dar el siguiente paso: no se trata solamente de que todos esos libros

Tercera Antología, algo que todavía Juan Ramón no está en disposición de hacer, como expresa amargamente a Ginesa Aroca, cfr. Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 30 de octubre de 1955, p. 1.380.

⁶⁴⁴ Diario 3, 4 de octubre de 1955, p. 170.

⁶⁴⁵ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 12 de abril de 1955, p. 1.347.

estén ahí, sino de que se encuentren en el ambiente preciso, rodeados de las cosas que rodeaban a Juan Ramón mientras los leía o escribía: *"Vino la estantería de Frondizi y fueron para allá el sofá y 6 sillas de nogal que teníamos desde que nos casamos, la mesita de hierros de «Freddy's» y el biombo de marco de caoba sin tapizar, ya que Feliciano no ha aparecido por ningún lado"*⁶⁴⁶. La preparación de la sala, la instalación de los muebles traídos desde casa y de los contruidos ex profeso, consiguen involucrar, por fin, a Juan Ramón: *"J.R. está francamente mejor estos días, pero como no salió por la tarde estuvo excitado desde que llegué. Sin embargo, ya contesta perfectamente a todo lo que se le consulta sin demostrar cansancio ni fastidio. Dirigió la colocación de muebles en la Biblioteca"*⁶⁴⁷. Se ven así colmadas las esperanzas de Zenobia: el efecto terapéutico de la Sala en Juan Ramón empieza a ser palpable, y pronto se hará más evidente, tras su apertura al público:

Segundo día que J.R. no se ha querido quedar en casa y se ha venido a la exposición, y ¡lo que me he alegrado! Yo creía que por ser domingo y estar todo cerrado en las oficinas inmediatas no vendría nadie, pero han venido 10, entre ellos el joven matrimonio Delattre, que J.R. no conocía. Ha estado naturalísimo con todos, aun cuando no dejara de decir que muy enfermo. Se olvidaba al momento de sí mismo, para hablar de los libros [...] La exposición, que yo tanto temía pensando que J.R. iba a aislarse, está dando un resultado estupendo.⁶⁴⁸

Con la apertura de la sala en octubre, empieza a ser evidente otra de sus funciones: crear y aglutinar toda una serie de contactos sociales. Son estos de tres tipos: antiguos amigos que, por saber que Juan Ramón está en la sala, pasan frecuentemente a verlo; desconocidos que visitan la sala para conocer más de Juan Ramón y a él mismo en persona; y, finalmente, aquellos involucrados en la creación y consolidación de la sala. Cada uno de estos grupos juega un papel diferente en la vida de nuestros protagonistas. Así, mientras que los dos primeros suelen servir como una herramienta más para afianzar la mejoría de Juan Ramón (*"Día francamente bueno. J.R. me dejó trasquilarse un poco y al poco rato de estar en la Biblioteca aparecieron, amén de los concurrentes usuales, los Díez del Corral, con los que J.R. tuvo una conversación francamente buena, interesándose en todo y*

⁶⁴⁶ Diario 3, 10 de octubre de 1955, p. 173.

⁶⁴⁷ Diario 3, 14 de octubre de 1955, p. 175.

⁶⁴⁸ Diario 3, 23 de octubre de 1955, p. 178.

haciéndoles muchas preguntas”⁶⁴⁹), los últimos resultan ser un apoyo fundamental para Zenobia en todas sus preocupaciones, tanto relativas a la sala como personales (es el caso de Onís, o de la señorita Toro, vicedirectora de la biblioteca).

La sala se convierte, pronto, en un lugar de visita obligada, tanto para la comunidad investigadora que visita la Universidad⁶⁵⁰, como para los españoles que visitan Puerto Rico, ya sean exiliados o diplomáticos del régimen franquista⁶⁵¹. Es frecuentada también por los universitarios, sobre todos los del seminario sobre literatura española de Onís, e incluso reciben la visita de colegios de educación primaria⁶⁵². Si durante la enfermedad de Juan Ramón la pareja se había encontrado completamente aislada de la vida social, la sala en la biblioteca les permitía, nuevamente, retomar esas relaciones que durante tanto tiempo habían abandonado, al tiempo que iniciaban otras nuevas:

Mañana movida en la Biblioteca ayer. Primero, la alumna de Onís a quien J.R. ayuda dándole pistas para su tesis sobre Rosalía de Castro. Casi simultáneamente, Vélez, que esta vez traía a Medina muy compungido pero que me sirvió de mucho al ver la sorpresa con que atendía a J.R. aconsejando a la Sra. Molina. Casi tartamudeaba al exclamar; «¡Pero si está completamente bien!». Al momento llegó la secretaria de Seb González [...] ⁶⁵³

A pesar de todo este movimiento, de toda esta actividad alrededor de Juan Ramón, la total recuperación sigue estando muy lejos. Y el principal responsable de tal situación es, y Zenobia lo sabe, el propio Juan Ramón:

[...] J.R. está reponiéndose con muy poca voluntad. Cuesta Dios y ayuda hacerle firmar un libro y se pone nervioso y se equivoca por falta de costumbre de coger

⁶⁴⁹ Diario 3, 1 de diciembre de 1955, p. 202.

⁶⁵⁰ “Ayer nos visitó en la Biblioteca el profesor argentino que nos faltaba por conocer, y yo me alegré mucho de tener otra visita en el momento, porque así él tuvo ocasión de interesar a J.R. sin intervención mía”, en Diario 3, 9 de noviembre de 1955, p. 187.

⁶⁵¹ “[...] llegaron el Vice-Cónsul, su esposa y el matrimonio diplomático Robles Piquer, de paso unas horas en P.R. para su destino en Bogotá. Los cuatro muy agradables, y pienso que la mujer de Ortíz va a ser buena amiga nuestra”, en Diario 3, 28 de noviembre de 1955, p. 200.

⁶⁵² Diario 3, 14 de diciembre de 1955, p. 209.

⁶⁵³ Diario 3, 23 de noviembre de 1955, p. 196.

la pluma en las manos. Si está distraído, escribe con una letra perfecta. Se trata sólo de una actitud negativa.⁶⁵⁴

La negatividad de Juan Ramón, su incapacidad para hacer algo de propia voluntad, su afán por oponerse a cualquier cosa, es lo que más desespera a Zenobia. Si en la correspondencia, incluso a sus amigos más íntimos, intenta no mencionar el tema o restarle importancia, excepto cuando ya no puede soportarlo más; en sus diarios Zenobia se desahoga sin ningún tipo de contención:

Otro día sin apuntar, pero hoy lo hago a las 6.30 de la mañana, que es una hora tranquila, sin interrupciones, y me parece más a propósito para escribir sin conflictos. Y escribo la palabra sin titubear, porque la enfermedad del pobre J.R. consiste en eso: en crear conflictos -sin otro objeto ulterior-.⁶⁵⁵

En esos momentos, en que incluso hacer que Juan Ramón se corte el pelo o se ponga ropa interior limpia significa enzarzarse en una lucha a brazo partido, la biblioteca se convierte en la guarida de Zenobia. Un lugar en el que relajarse, olvidarse de sus preocupaciones, dedicarse a trabajar en la *Antología*, o en la ordenación del archivo, o simplemente estar, sentada, entre sus cosas. Un lugar en el que hablar con más gente, aparte de su marido enfermo, frente a cuya actitud, muchas veces, el amor no basta para comprender y perdonar. La sala adquiere así una de sus muchas funciones: refugio emocional de Zenobia. Hasta el punto que los domingos, cuando no puede ir a la biblioteca, se convierten en una pesadilla: "*Día bastante triste como domingo. No he sabido resolver hasta ahora lo abrumador de este día*"⁶⁵⁶.

1956

Maldonado se sintió feliz al aprobar la Universidad su presupuesto de \$250 para la mesa y el fichero. Tengo que escribir a España que manden los hierros de Toledo de una vez, para que se haga la mesa en cuanto se termine el fichero. A Mr. Hayes le devolvieron el dibujo de la mesa diciéndole que no le daban presupuesto porque no sabían hacer ni los hierros ni la mesa, y todo esto a los 5

⁶⁵⁴ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 15 de septiembre de 1955, p. 1.377.

⁶⁵⁵ Diario 3, 25 de septiembre de 1955, p. 156.

⁶⁵⁶ Diario 3, 4 de diciembre de 1955, p. 204.

meses de tener el modelo primorosamente dibujado por Juan Arturo Guerrero, a cuyo padre regaló J.R. la mesa original. A los 5 días de tener yo de nuevo los dibujos, Maldonado se había comprometido a hacerla, pero hasta esta semana no se han terminado los trámites para el visto bueno. Le adelanto dinero a Maldonado para comprar material porque Cecilia responde de su honradez.⁶⁵⁷

1956 empieza como había terminado 1955. La sala es refugio, hogar, centro de la vida social de Zenobia y Juan Ramón y, por supuesto, sigue incompleta. Falta la mesa, que se ha convertido, casi sin que se diera cuenta, en la obsesión de Zenobia. Hay otras muchas cosas que le preocupan, por supuesto: la *Tercera Antología* sigue ahí, inconclusa. Juan Ramón no mejora al ritmo que ella hubiera deseado. Continúan los problemas económicos, causados por la imposibilidad de cobrar derechos de autor de la Argentina y la multitud de ediciones piratas de la obra de Juan Ramón. También está la petición del Nobel, que, liderada por Graciela Palau, está en marcha desde Massachusetts. Y un viaje a España, con o sin Juan Ramón, que tiene más que decidido. Pero la mesa de trabajo, la realización de su réplica, sigue sin resolverse, y sigue ocupando un lugar en la cabeza de Zenobia:

Me echo a temblar, sabiendo que está usted metida en problemas de dos bodas, recordándole los hierros de la mesa toledanos, pero ya están hechos hasta los recibos para pagar al ebanista y éste no puede presentar la mesa completa y cobrar mientras no lleguen. No se tome ningún disgusto pero le ruego me pinche al señor herrero porque, desde que usted me dijo que estaban encargados, ha podido hacerlos cuarenta veces. A mí me gustaría dejar la Sala bastante completa de mobiliario antes de embarcar para España.⁶⁵⁸

Pronto, sin embargo, surgirán nuevas preocupaciones. El 1 de marzo de 1956 Zenobia escribía en su diario: "*Me voy cansando bastante de esta vida en la que no me veo ni un momento libre de dolor. Por las mañanas, Universidad, y por las tardes cama aun cuando no dejo de trabajar mientras estoy en ella*"⁶⁵⁹. Durante los primeros meses del año, a Zenobia le diagnosticaron una infección uterina por

⁶⁵⁷ Diario 3, 29 de enero de 1956, p. 247.

⁶⁵⁸ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 8 de febrero de 1956, p. 1.384.

⁶⁵⁹ Diario 3, 1 de marzo de 1956, p. 267. Ese mismo día escribe a Ginesa Aroca confirmando la recepción, finalmente, de los hierros forjados para la mesa.

hongos tropicales. A consecuencia de esa infección, y de su tratamiento, se había sentido muy débil, pasando muchos días sin salir de la cama. Esta infección, si en realidad era tal cosa, no será sino el preludio a una nueva aparición del cáncer. El 10 de marzo nos confirma que tiene por delante “*otra temporada de lucha*”⁶⁶⁰, y que la semana siguiente empieza un nuevo tratamiento de rayos. Si en las ocasiones anteriores las sesiones de rayos habían sido un inconveniente que no había limitado sus actividades diarias más que dentro de un límite razonable, esta vez las cosas irán mucho peor, como vemos en la siguiente carta que envía a Ginesa Aroca, a los quince días de iniciar el tratamiento:

Acabo de regresar a casa desde el hospital, en donde me he estado dando tratamientos de Rayos X, y ahora sigo dándomelos ambulantes. Apenas me puedo incorporar, de momento, y continúo llena de llagas y con un exacerbamiento de nervios regular pues ni puedo ir a la Universidad ni adelantar la antología [...] Usted no puede figurarse lo que es estar aquí clavada en cama con todo desatendido, que no puedo hacer un recado, que dependo de los buenos amigos para hacer la menor cosa y que está la biblioteca desatendida y J.R., por falta de estímulo diario de trabajo.⁶⁶¹

Una situación que confirma en su diario, apenas dos días más tarde: “*Sigo después del 6.º tratamiento sin mejoría perceptible. Gracias a las tabletas de aspirina y codeína mezcladas, que me dio Olleros, duermo cada mañana, un poco más tarde. Mi estado de ánimo, derrotista*”⁶⁶². En este estado, la sala sigue cumpliendo sus funciones, algunas de ellas incluso de forma más urgente:

Después del tratamiento de ayer, escapé en un taxi para la Universidad, en donde dejé todo arreglado para poner en práctica el plan de Onís de ir con J.R., llevados en el auto de una alumna de Onís. Vi a las Sras. Vázquez y Mercado para darles las gracias por sus flores, a la Sta. R Maura, y a 3 o 4 estudiantes. Físicamente lo pasé bastante mal y se me aumentó la hemorragia, así que hoy no volveré, pero si voy

⁶⁶⁰ Diario 3, 10 de marzo de 1956, p. 273.

⁶⁶¹ Camprubí, *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Carta fechada el 2 de abril de 1956, p. 1.386-1.387.

⁶⁶² Diario 3, 4 de abril de 1956, p. 286.

2 o 3 veces por semana, no queda todo detenido; y todo se va adelantando aun cuando sea lentamente. Lo más importante es que J.R. no siga tan aislado.⁶⁶³

La necesidad de Zenobia de ir a la biblioteca es, si cabe, más palpable en estos días de 1956 que lo que había sido en el año anterior. Hay algo a lo que se niega Zenobia, y es a que el cáncer le arrebate la Sala, porque al hacer esto le arrebatara, en primer lugar, el futuro, en la forma del trabajo que está llevando a cabo allí. En segundo lugar, le arrebatara el entramado de amistades que se había entretejido a su alrededor. Y en tercer lugar, amenaza la frágil mejoría que Juan Ramón había experimentado. Es por eso que lucha con sus médicos para que estos le permitan ir a ocupar su lugar, algo que, finalmente, consigue el 29 de abril: “[...] *Yo sigo con los rayos X, que me tienen asada y frita, pero esta próxima semana me dejan hacer* [continúa en margen] *la prueba de ir a sentarme en nuestro estudio de la UPR tres días por semana, menos horas*”⁶⁶⁴.

La lucha de Zenobia con sus médicos no se limita tan sólo a que le permitan visitar su sala. Desde el primer momento, Zenobia no se encuentra cómoda con estas nuevas sesiones de rayos X, y pronto descubre, muy a su pesar, que la descoordinación entre sus médicos es total, hasta el punto de que el radiólogo no ha sido informado por su médico de que ya había recibido rayos anteriormente⁶⁶⁵, y que difieren en la cantidad total de rayos administrados⁶⁶⁶. La visita al médico se convierte en un suplicio⁶⁶⁷. El 19 de mayo cuando, según Franceschi, el tratamiento ha terminado, ha recibido 8.000 r. Las quemaduras, según el propio doctor, han sido “*bárbaras y brutales*”⁶⁶⁸. A finales de mayo de 1956 Zenobia se encuentra en

⁶⁶³ Diario 3, 6 de abril de 1956, p. 287.

⁶⁶⁴ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. Carta fechada el 29 de abril de 1956, p. 214.

⁶⁶⁵ Diario 3, 12 de abril de 1956, p. 290.

⁶⁶⁶ Diario 3, 22 de mayo de 1956, p. 313-314. Un tercer contaje, llevado a cabo por el doctor Landrón, arrojará una tercera discrepancia.

⁶⁶⁷ “Día de visita a Fr, día de tortura para mí [...] Volví a casa más muerta que viva”, Diario 3, 11 de mayo de 1956, p. 306.

⁶⁶⁸ Diario 3, 19 de mayo de 1956, p. 312. Como decíamos, los informes de los doctores sobre la cantidad de rayos recibida por Zenobia varían. Franceschi, como vemos, señala 8000r. Díaz Bonnet, el radiólogo, la llama el 22 de mayo para citarla a una nueva sesión, ya que, según sus notas, sólo ha recibido 4900r. Atormentada, Zenobia acude a un tercer médico, el doctor Landrón, que tras revisar los historiales, calcula una tercera cifra: 6690r (Diario 3, 30 de mayo de 1956, p. 318). Zenobia se

una situación límite: sufriendo terribles dolores por las quemaduras, debilitada hasta extremos inimaginables, con persistentes problemas intestinales y dolor en el recto. Zenobia desespera: *“Ayer continué encontrándome tan mal que me costaba trabajo pensar en continuar en la vida y sólo el recuerdo de J.R. y de su trabajo inacabado era como un remordimiento de conciencia”*⁶⁶⁹. Pero si Juan Ramón puede ser una razón para vivir, también constituye, otras veces, una fuente de desconsuelo: *“La tensión dolorosa en que estoy me hace muy difícil soportar la contradicción constante de J.R.”*⁶⁷⁰. Es en estos momentos cuando el papel de la Sala como refugio emocional de Zenobia se hace más palpable: *“Ayer fue un día de sufrimiento tan intenso por las quemaduras, que desistí de ir a la Universidad y además me quedé sin correo, precisamente cuando más falta me hacía distraerme”*⁶⁷¹.

La situación requiere medidas drásticas, y el 29 de mayo Zenobia escribe a Meigs para solicitar una nueva operación. El 8 de junio, tras recibir respuesta de Boston, planea el viaje para el día 24, acompañada por un médico amigo de la familia, el doctor Olleros⁶⁷². Como ya sabemos, los resultados de este viaje fueron negativos. Meigs se declaró incapaz de operar por el terrible estado de sus quemaduras, proponiendo un nuevo viaje en septiembre, para ver si entonces se podría llevar a cabo la intervención. De todas formas, el cirujano no es optimista, y así se lo hace saber a Zenobia:

El Dr. Meigs estuvo y contestó con honradez a mis preguntas. Parece que tengo pocas oportunidades de escapar esta vez. Me alegro de saber las cosas para arreglar mi horario, por decirlo así, y ya hoy (esto se escribe anochecido) he escrito a Ruiz Castillo, a Paco y a Graciela Nemes para salir del libro [*Tercera Antología*] lo más pronto posible. En cuanto eso marche me dedicaré a la Sala. Me alegro de haber salido del diploma honoris causa de Méjico y de la medalla de la

encuentra desesperada: *“El golpe moral para mí es peor que el físico, y ya es decir”*, Diario 3, 22 de mayo de 1956, p. 314.

⁶⁶⁹ Diario 3, 29 de mayo de 1956, p. 317.

⁶⁷⁰ Diario 3, 27 de mayo de 1956, p. 316.

⁶⁷¹ Diario 3, 20 de mayo de 1956, p. 312.

⁶⁷² Diario 3, 8 de junio de 1956, p. 323.

Hispánica para la casa de Moguer. He hablado con las niñas de su herencia de plata, de encajes, y demás. Lo del pobre Juan no sé si lo lograré.⁶⁷³

Zenobia no se engaña a sí misma, y tampoco engaña a los que la rodean. La persona en la que confía es, una vez más, Graciela Palau de Nemes, que se encontraba ya en Puerto Rico. A ella escribe la siguiente carta el mismo 3 de julio:

Esta carta es para usted sola aunque no hay por qué engañar demasiado. Las impresiones no son nada optimistas. Las quemaduras brutales impiden intervenir por ahora y no se sabe si lo permitirán. Si no, es cuestión de meses. Por eso, no quiero perder ni un minuto.⁶⁷⁴

Zenobia dará instrucciones a Graciela para completar las tareas que quedan pendientes, empezando por el libro, que está casi terminado, pero del que aún quedan bastantes flecos pendientes. A esta tarea dedica la primera de las cartas que envía a Graciela tras conocer su diagnóstico. La segunda, la dedica a la Sala. Y, una vez más, entre las cosas a completar se encuentra nuestra mesa:

J.R. tiene un sobre mío para usted con muchas instrucciones sobre la Sala. Seguramente caerá Maldonado frenético sobre usted, y hará bien, porque si no se acaba el dinero del presupuesto y no cobrará. El día que usted lo cite, el doctor Batlle llevará a ustedes en su auto a la biblioteca porque J.R. es quien tiene que aprobar su mesa. El fichero lo tiene que probar usted comprobando si sus tarjetas caben bien en los cajones pequeños y las tarjetas completas en los dos grandes. Si todo está correcto hay que darle los tres recibos para que cobre. El cuarto papel es el modelo de presupuesto para que haga el de poner todas las puertas de las estanterías y el cambio de entrepaños de las tres originales que tienen partes de pino. La señorita Maura sabe pero, sin preguntarle, son las dos altas y una apaisada gruesa, de la derecha, espaldas a la encuadernación. J.R. tiene que explicar cómo deben ser las puertas y las más urgentes son las de los estantes de los libros dedicados y el archivo largo de J.R. No haga mucho hincapié en la aprobación del presupuesto y que se ponga a trabajar enseguida. Esto, lo mejor es hablarlo con la señorita Toro, que es una gran persona. Procure que J.R. se sienta necesario para ayudarla en todo.⁶⁷⁵

⁶⁷³ Diario 3, 3 de julio de 1956, p. 337.

⁶⁷⁴ Camprubí y Palau de Nemes, *Epistolario. 1948-195*. Carta fechada el 3 de julio de 1956, p. 228.

⁶⁷⁵ Ibid. Carta fechada el 8 de julio de 1956, p. 230-231.

Este párrafo no hace sino abundar en muchos de los argumentos que hemos venido desarrollando a lo largo del presente texto: la sala como refugio emocional de Zenobia (incluso en la distancia), como herramienta terapéutica para Juan Ramón, como centro de las relaciones sociales de la pareja, etc. Pero también nos presenta la sala desde una nueva perspectiva: como el resultado final de toda una vida, la de Zenobia, dedicada al cuidado de la cultura material que la rodea. Como el lugar donde Zenobia ha volcado todas las habilidades adquiridas a lo largo de su vida en la gestión de los objetos, pero también en el cuidado de las personas. Aquí coinciden el gusto por el detalle, herencia de su educación burguesa, con la competencia profesional de sus años al frente de *Arte Popular*, con los conocimientos sobre el mundo literario y sus habilidades como archivera y bibliotecaria, adquiridos tras los muchos años de trabajo junto a Juan Ramón. Es un resumen, una destilación de su vida que Zenobia se niega a dejar inconclusa:

Día un tanto confuso, en que se consiguieron varias cosas prácticas, a pesar de varios fracasos de organización. ¡La mesa llegó y fue del gusto de cuantos la vieron! Nosotros debemos dar el visto bueno el sábado con el Dr. Batlle. J.R. ideó aquí con Maldonado el modelo de puertas para los estantes dedicados y yo un biombo para mi comodidad y decencia. Se sacó el biombo roto de la «Sala J.R.J.» y se llevó a casa de Maldonado. En las cuentas todo de acuerdo.⁶⁷⁶

Lo que sigue ya lo conocemos. La escapada de Zenobia para ver la mesa, mucho más comprensible ahora, que conocemos toda la historia. El enfado de Juan Ramón. El papel jugado por Onís y Graciela. Y también el infructuoso viaje de Zenobia a Boston, la imposibilidad de realizar una nueva operación y el regreso a Puerto Rico. No hay más cartas en septiembre (excepto la enviada a su sobrino, Paco Pinzón), ni tampoco nuevas entradas en el diario, que queda interrumpido el 13 de septiembre. Poco después, Zenobia vuelve a Puerto Rico, donde es ingresada en la Clínica Mimiya de Santurce, Puerto Rico, hasta su muerte, ocurrida el 28 de octubre de 1956, tan sólo tres días después de que Juan Ramón recibiera el Premio Nobel.

⁶⁷⁶ Diario 3, 9 de agosto de 1956, p. 353.

4.5.- Entremezclados

Después de todos estos lindos proyectos de J.R, muchos de ellos realizados, me da un poco de apuro continuar con mis garabatos, pero siempre ha sido así en la vida, lo suyo y lo mío entremezclados.⁶⁷⁷



Ilustración 27: Zenobia en la Sala. Puerto Rico, hacia 1956.

Las palabras de Zenobia son la mejor ilustración posible para la fotografía que las acompaña. En ella vemos a Zenobia en la Sala que había construido, hacia 1956. La mesa en la que se sienta no es, todavía, nuestra mesa. Pero el resto está ahí. Sus cosas, y las de Juan Ramón, entremezcladas. El peso de los libros, de la palabra escrita, casi nos vence, y amenaza con diluir lo que de ella hay en la sala. Zenobia está rodeada, sitiada por los libros que se encuentran en todas partes: en las estanterías a sus espaldas, sobre su mesa, detrás del fotógrafo, suponemos. Sin embargo, en la composición de la fotografía los libros no son más que un fondo, sobre el que el trabajo de Zenobia se recorta. El centro de la composición, el lugar al que nuestra mirada es arrastrada, es, precisamente, el único lugar de la sala donde no hay un solo libro. Ese lugar, situado sobre una estantería baja, en el que

⁶⁷⁷ Diario 3, 23 de marzo de 1956, p. 280.

encontramos *cosas*: marcos con fotografías, cajitas de taracea, una especie de frasco de cristal sobre una peana, ¿tal vez un quinqué?. Y presidiendo ese espacio, y al tiempo la sala y la imagen, el retrato de Zenobia, pintado por Sorolla, en el lejano 1918 (Ilustración 28).



Ilustración 28: Joaquín Sorolla, *Retrato de Zenobia Camprubí*, 1918. Óleo sobre lienzo. Universidad de Puerto Rico.

Mientras que la Zenobia de 1918 ocupa el centro de la imagen, la de 1956 se encuentra casi oculta en una esquina, tras la mesa de trabajo y una pila de libros. La mirada baja, consultando algo que tiene entre sus manos. Entre ambas Zenobias, que comparten espacio e imagen, podemos intuir el tiempo transcurrido entre el pasado y el presente, entre 1918 y 1956. Un tiempo solidificado en los objetos que rodean a ambas Zenobias: libros, fotografías, cajas y frascos. Sus cosas y las de él entreveradas. La Sala Zenobia y Juan Ramón Jiménez es el resultado de la experiencia y el conocimiento acumulados durante toda una vida, la de Zenobia, que podemos contemplar, y casi palpar, en la distancia que media entre ambas

mujeres, la Zenobia del cuadro y la de la mesa de trabajo. Hay otra imagen, esta de 1957, con un encuadre similar (Ilustración 29). En ella, sin embargo, ya hay tan sólo una Zenobia, y el proceso se ha detenido.



Ilustración 29: Juan Ramón en la Sala, 1957.

A lo largo de este capítulo hemos asistido a la constitución de la Sala Zenobia y Juan Ramón Jiménez, en la Universidad de Puerto Rico. Hemos sido testigos de como toda la experiencia acumulada por Zenobia, en las múltiples facetas que le tocó vivir, había sido empleada para constituir un espacio que fuera, a la vez, resumen de una vida y esperanza de futuro. Un futuro que pasaba, en un primer momento, por la recuperación de Juan Ramón, y después, tras su propia enfermedad, por la publicación de la *Tercera Antología*, testamento poético y definitivo del de Moguer. Y hemos podido comprobar que todo esto ha sido posible gracias a la relación privilegiada de Zenobia con la cultura material, una relación que encuentra su base en su educación juvenil, para desarrollarse posteriormente durante su trabajo en *Arte Popular* y, más tarde aún, impartiendo clases de cultura española en las distintas universidades norteamericanas donde trabajó. Esta relación con las cosas fue también, durante toda su vida, un elemento fundamental en el cuidado de su relación con las personas, presentes o ausentes. No sólo a través del intercambio de regalos, sino de muchas otras prácticas –como el adorno

floral de la fotografía de su madre en la fecha de su cumpleaños–, que tienen como objeto el mantener y cuidar esas relaciones interpersonales.

En el capítulo anterior habíamos estudiado el funcionamiento de un espacio emocional, el Hospital para Hombres Incurables Nuestra Señora del Carmen, y cómo era posible que el espacio tuviera un impacto en las emociones de los que lo ocupan, explicado a través del concepto de “marco” de Goffman. En el presente capítulo hemos ido un paso más allá, asistiendo a la creación de un espacio emocional. La creación, a través de la acumulación de artefactos, de un entorno en el que el amor de Zenobia por Juan Ramón es el principal protagonista, y que pretende despertar, en las personas que lo visitan, una determinada actitud emocional, de confianza, en primer lugar, de intimidad en segundo y, finalmente, de sorpresa y admiración ante la vida, a la vez turbulenta y luminosa, de Zenobia y Juan Ramón.

Alrededor de esta sala se ha ido constituyendo, al mismo tiempo en que era construida, una comunidad compuesta, en primer lugar, por todos aquellos que colaboraron en la misma (Carmita Díaz –“el ángel gordo” que menciona Zenobia–, Graciela Palau, la señorita Toro, etc.); por todos los amigos que compartieron con Zenobia la esperanza de que la sala fuera una medicina para el alma de Juan Ramón (García Madrid, el doctor Batlle, Onís); por todos aquellos que entendieron que era un refugio para Zenobia, cuando todo lo demás fallaba (nuevamente Onís y Graciela, pero también Adriana Ramos y Haydée Muñoz). También para aquellos amigos (Juan Guerrero, Ginesa Aroca) que, desde la distancia, empeñaron su tiempo y esfuerzo en ayudar a unos amigos que no habían visto en veinte años. Para todos aquellos, en definitiva, que encontraron en la sala el marco necesario para desarrollar y cuidar las relaciones de afecto, fidelidad y respeto hacia Juan Ramón y Zenobia, muchos de los cuales se convirtieron, en los últimos momentos de vida de Zenobia, en un apoyo constante durante su enfermedad.

La historia de nuestra mesa y el resto de elementos que la acompañan en la sala ilustra, por tanto, el papel de los objetos como marco en el que nuestras relaciones interpersonales son constituidas al mismo tiempo que se constituye el marco, puesto que sin el proceso de construcción de la sala, sin el proceso de acumulación

de objetos que crearán el marco emocional, esas relaciones no hubieran existido o hubieran sido, en todo caso, distintas.

Pero la historia de Zenobia ilustra también un cambio en la forma de afrontar la enfermedad incurable en la década de los cincuenta, y en el que abundaremos en las conclusiones de la tesis. Un cambio que podemos cifrar en la recuperación de la esperanza. No la esperanza de ser curado, sino otra más difícil de conseguir: la esperanza de que los últimos momentos de vida del enfermo incurable (sean días, meses o años) sean significativos, tengan un valor, *cuenten*. Lejos de las oscuras salas del hospital de incurables, donde se acudía a morir, los últimos meses de Zenobia, presa como estaba del dolor, son una lucha por convertirlos en parte de su vida, porque no detengan su tarea. Y sus amigos, la comunidad emocional que se conforma alrededor de la Sala Zenobia y Juan Ramón Jiménez, comparte esa esperanza y contribuye a ella.

El “cambio de mentalidad” que mencionábamos en la introducción de la tesis, y que hemos estado buscando a lo largo de la misma, consiste, precisamente, en eso: en la distancia que hay entre el desconsuelo y la esperanza.

5. Conclusions

The 17th of July of 1920, Joaquín Sorolla (1863-1923) was painting Mabel Rick's portrait –Ramon Pérez de Ayala's (1880-1962) wife, friends of the painter– in the garden of his house in Chamberí, Madrid. The picture, entitled *Retrato de la Señora Pérez de Ayala* (Illustration 31), is exhibited in the Sorolla Museum. This picture was the last portrait made by Sorolla, his last picture, actually. Sorolla's excessive work –more than 4.000 pictures⁶⁷⁸, according to his great-granddaughter and authoress of his reasoned catalogue– ends with this picture. An unfinished picture, without the characteristic light of Sorolla's work, also known as "the painter of the light". In this picture, the light is replaced with brown and green lines, surrounding Mabel Rick's silhouette. Ironically, Sorolla's last picture is unfinished, something appropriated for the painter that never wanted to stop painting.



Illustration 30: Joaquín Sorolla painting in the garden of his house, in Chamberí, c. 1920. Source: Sorolla Museum Archive.

⁶⁷⁸ Virginia Drake, "Blanca Pons Sorolla: «Sorolla y su mujer tenían un plan para triunfar y lo cumplieron»." *XL Semanal*, del 21 al 27 de junio de 2009.

It is well known what happened that morning of July of 1920. Pérez de Ayala, who was in the garden while Sorolla painted his wife's portrait, wrote a clear and concise account of the events of the morning:

It was a delicate and warm morning in Madrid, in his garden. Sorolla was painting the portrait of my wife, while I was watching him [...] He stood up and walked to his studio [...] he fell over. We went to help him, thinking he has tripped over. We helped him to stand up, but he could hardly stand straight. The left half of his face had an immobile expression, a childlike and sad expression, inspiring pain, pity, and tender. We understood the dramatic truth [...] Unruly against the fatality that sustained him with iron hand, Sorolla wanted to paint again. We could hardly discourage him. He persisted, as an annoyed spoiled child; suddenly displeased [...] The palette fell off his left hand. His right hand, holding the brush tight, hardly obeyed him. He putted four long, doubtful, and desperate brushstrokes; four muffled screams, from the threshold of the other life. Unforgettable pathetic brushstrokes! "I can't," he whispered with tears in his eyes. He remained quiet, absorbed into the wasted light of his intelligence, almost out. Suddenly [...] he said: "Another idiot in the world, who cares?"⁶⁷⁹

Pérez de Ayala's text is the perfect summary of the impact of the disease in the life of somebody. Pérez de Ayala talked about the effect that this sudden stroke has in the life of the artist, unable to finish the portrait, unable, in short, to continue with his professional career. He talked about Sorolla's self-understanding after the disease, about the meaning (about the lack of meaning, better) he conferred to his life from this point on: "another idiot in the world". In this very sentence, in the question ending the text, the social understanding of the disable ill is summarized: who cares about another idiot, another cripple, another sick in the world? Nobody. Nobody cares about it because the ill, the idiot, the cripple are not part of this world anymore.

⁶⁷⁹ Ramón Pérez de Ayala, "Sorolla," en *Ramón Pérez de Ayala y las artes plásticas. Escritos sobre arte de Ramón Pérez de Ayala*, ed. Florencio Frieria Suárez y José Tomás Cañas Jiménez (Granada: Fundación Rodríguez-Acosta, 1991), 245. My own translation.



Illustration 31: Joaquín Sorolla, Mrs. Pérez de Ayala Portrait, 1920. Sorolla Museum, Catalogue Number: 1.276.

Perez de Ayala's eloquent description of Sorolla's stroke provides more relevant information. We can examine, thanks to his vivid and plastic prose, the physical effects caused by his disease on Sorolla's ill body: the inability to support himself (Illustration 32); the frozen, contorted face; the inability to hold the palette and the paint brush; the weak arm, unable to repeat the accurate, firm and resolute brushstroke, long and hesitant now. Silent screams of the painter, suddenly aware of the impossibility of the task. "I cannot", Sorolla said, full of self-pity, writing his own epitaph.

There is other interesting element in the text. An element we have found in other sources along the dissertation: Sorolla's expression, frozen and contorted, is that of a child. "Childlike and sad", Perez de Ayala wrote. "Spoiled child", added some lines after. Sorolla tried to continue with the picture, but it was the irresponsible whim of the spoiled child that contradicts the warning of those trying to protect him. Of those trying to dissuade him, in vain. Sorolla's tears are the consequence of the confrontation between his weak body and the burning desire of being part of the

world. A forbidden world for him, doomed to contemplate it “from the threshold of the other life”.



Illustration 32: Joaquín Sorolla, with a cane, resting on the right shoulder of the painter Fernando Viscai. San Sebastian, 1921. Sorolla Museum Archive.

Sorolla was ill from July 17, 1920 to August 10, 1923. Thirty years after Calero's story. Thirty years before Zenobia's. However, Sorolla's experience is nearest to

the first than to the second. His social life was reduced, and even if he received some visits at home, his wife, Clotilde, restricted its duration and frequency. His environment, like Calero's own, was strictly controlled, avoiding any disruption, any danger to the recover process, even if, as time passed, it became improbable. But "control" did not mean "reclusion", as was Calero's case. On the contrary, Sorolla travelled a lot these three years: from Chamberí to Cercedilla, in the mountains, where he had a house; from Cercedilla to San Sebastián, looking for the beneficial climate and the cold waters of the Bay of Biscay; from San Sebastián to Valencia, for its light and heat. All these travels reflect, anyway, the same logic that Calero's confinement: to look for the appropriate environment, the most beneficial for their weak constitution. Calero and Sorolla were the two faces of the same coin, parallel solutions for the same problem, adapted to the special characteristics of the sick: we cannot apply the same therapeutic, even if we are facing the same problem. It was the same with the Count of Toreno and Antonio Larrín. Even if they shared a similar disease, their experiences were completely different. And it was the same logic behind every voluntary confinement of Juan Ramón at Doctor Ezquerdo's sanatorium, the cultural form adopted by his supposed hypochondria, denounced by Cansinos-Assens. According to my main hypothesis, this logic changed in the first decades of the 20th century. A new approach to the phenomenon of health appeared, and a new understanding of the experience of "be ill" replaced the aforementioned.

1. A change of style: The logic behind Juan Ramón and Mrs Sorolla's behaviour was the result of the confluence of many factors: 1) the birth of the clinic in the first decades of the 19th century France⁶⁸⁰; 2) the irruption of Higyenism in the mid of the century⁶⁸¹; 3) the role played by religion in the management of death and disease: suffering was understood as a way to conversion and repentance⁶⁸²; 4)

⁶⁸⁰ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. (New York: Pantheon Books, 1973; primera edición, 1963).

⁶⁸¹ Ann Elizabeth Fowler La Berge, *Mission and Method. The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1992).

⁶⁸² L. Grenet, *Arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular*. (Barcelona: Gustavo Gili, 1903; primera edición, 1895). This understanding of suffering is still present in the catholic church. We can read in the

and last, the bourgeois idea of subjectivity, as we can read in Monlau's books, among others⁶⁸³. All this elements converged on a particular culture of disease, that we can call "bourgeois", because it was developed by the bourgeoisie – understood as a culture, as a way of live, and not as a social class⁶⁸⁴– in Paris' hospitals. It was the bourgeoisie who applied it in health reforms all around Europe. And it was the bourgeoisie who sustained it, in the public but even more in the private sphere, until the beginnings of the World War II at least.

I have tried to understand this logic in my dissertation. I believe that, to explain the appearance of palliative care, we need to understand first how new perspectives and approaches to the problem of pain and suffering appeared after the complete extinction of the old, bourgeois logic around 1940-1950. But its decline started just after the Great War, when the bourgeois culture suffered strong criticisms in many fronts. In the first hand, the idea of "subject" changed slowly but inevitably. We can detect this variation in the way William H. Rivers (1864-1922) changed his attitude towards those veterans suffering mental disorders caused by their experience in the front, and also towards those conscious objectors that denounced the futility of the conflict⁶⁸⁵. On the second hand, to this moral and

apostolic letter *Salvifici Doloris* as follows: "Suffering must serve for conversion, that is, for the rebuilding of goodness in the subject, who can recognize the divine mercy in this call to repentance", Karol Józef Wojtyła, *Salvifici Doloris* (11 february 1984). (Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1984), 12.

⁶⁸³ Enric J. Novella, "La política del Yo: ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX," *Asclepio* 62, no. 2 (2010).

⁶⁸⁴ Robert Darnton, *The Great Cat Massacre and other Episodes in French Cultural History*. (New York: Basic Books, 1999; primera edición, 1984), 139.

⁶⁸⁵ Arthur Kleinman, *What Really Matters. Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*. (Oxford: Oxford University Press, 2006), 196-236. There is a fantastic dramatized version of this period in the life of the famous anthropologist and psychiatrist from Oxford written by Pat Barker. The series, entitled *Regeneration*, is composed of three books: *Regeneration* (1991), *The Eye in the Door* (1993), and *The Ghost Road* (1995). The impact of the IWW on the appearance of a new way of understand death, through a reappraisal of memory through commemorative rituals for the fallen, is studied by J. M. Winter, *Sites of Memory, Sites of Mourning: the Great War in European Cultural History*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1995); J. M. Winter, *Remembering War: the Great War between Memory and History in the Twentieth Century*. (New Haven, Conn. & London: Yale University Press, 2006).

psychological criticism we should join a criticism to medical practice organization. The critics wanted to extent some of the methods employed in the war to civil life, developing the present sanitary system as a consequence –a system I have identified with the biomedical model in the introduction⁶⁸⁶-, based in hospitals that are, at the same time, research and educational centres⁶⁸⁷. Even if the main manifesto supporting this position was published in 1910 –the *Flexner Report*–, the real offensive started just after the Great War⁶⁸⁸.

Three of the main pillars of bourgeois answer to the phenomenon of health disappeared progressively since the 1920's: 1) the bourgeois subject; 2) the Hygienism as main support for health system; 3) the clinic as the scientific background of medicine. The fourth element abovementioned, the religious understanding of pain and suffering, will be challenged after the 1945, mainly by J.J. Bonica's *The Management of Pain* and the appearance of the first pain clinics. The subsequent appearance of palliative care and the concept, coined by Cicely Saunders in the 1960's, of *total pain*, will insist on the same points⁶⁸⁹. Both authors

⁶⁸⁶ Cfr. supra, p. 21.

⁶⁸⁷ Steve Sturdy y Roger Cooter, "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain C. 1870 - 1950," *History of Science* 36, no. 114 (1998).

⁶⁸⁸ Abraham Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*. (New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910). On interwar medicine, the emergence of biomedicine and the changes in public health organization see Christopher Lawrence, "Continuity in Crisis: Medicine, 1914-1945," en *The Western Medical Tradition. 1800 to 2000*, ed. W.F. Bynum, et al. (Cambridge: Cambridge University Press, 2006). The same process, but focused on the United Kingdom, in the abovementioned Sturdy y Cooter, "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain C. 1870 - 1950." For the period after 1950, see Viviane Quirke y Jean-Paul Gaudillière, "The Era of Biomedicine: Science, Medicine, and Public Health in Britain and France after the Second World War," *Medical History* 52, no. 4 (2008). On medicine and war, the classic works edited by Roger Cooter are essentials. For the role played by medicine in the wars at the end of 19th century and the beginning of the 20th see Roger Cooter, Mark Harrison y Steve Sturdy, eds., *War, Medicine and Modernity* (Stroud: Sutton, 1998). A slightly different approach in Roger Cooter, ed. *Medicine and Modern Warfare* (Amsterdam: Rodopi, 1999).

⁶⁸⁹ John J. Bonica, *The Management of Pain: with Special Emphasis on the Use of Analgesic Block in Diagnosis, Prognosis and Therapy*. (London: Henry Kimpton, 1953); Cicely M. Saunders, "The Management of Patients in the Terminal Stage," en *Cancer*, ed. R. Raven (London: Butterworth and Company, 1960); Cicely M. Saunders, "Drug Treatment of Patients in the Terminal Stages of Cancer,"

shared the same idea: pain must be pharmacologically treated in order to be palliated. About its value for salvation, they maintained disparate opinions: whereas Bonica did not consider it, Saunders held that the use of drugs to avoid pain in the last stages of terminal disease, did not hamper the utility of pain for conversion and salvation, even if salvation was not Palliative Care's main goal⁶⁹⁰. But this process is not an answer to the question about why the new category "terminally ill" and the new science "palliative care", with its emphasis in the improvement of patient's experience, appeared. Even if we can link the "method" of the new style of thought (control symptoms) with the abandonment of this religious conception of suffering on behalf of health sciences, the object of the new discipline (the terminally ill) does not seem to be related with any of the above-mentioned developments⁶⁹¹. The novelty of the new category resides in the retrieval of an old element from the bourgeois conception of disease that the new science of biomedicine has put aside: incurable ill's experience was part of the definition of incurable disease⁶⁹². Javier Moscoso, in his work on the history of pain, comes to similar conclusions in the chapter devoted to the emergence of chronic pain as a medical category in 20th century. Starting from the impossibility

Cur Med Drugs, no. 1 (1960).

⁶⁹⁰ David Clark, "'Total Pain', Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders 1958-67," *Soc Sci Med* 49, no. 6 (1999); D. B. Hinshaw, "Spiritual Issues in Surgical Palliative Care," *The Surgical Clinics of North America* 85, no. 2 (2005).

⁶⁹¹ The abandonment of the religious conception of pain and suffering is not sufficient explanation of the use of the control symptom as the main method in Palliative Care. We need to explain how the new meaning coexisted with other traditional meanings of pain, such as the concept of *pain as a symptom*. About the numerous meanings of pain, not just in medicine, but in western culture broadly understood, see Javier Moscoso, *Historia cultural del dolor*. (Barcelona: Taurus, 2011). Furthermore, control symptom was not as innovative as we can imagine. We can remember Charcot writing, in 1874, that the only remedies available for the incurables were those he called "palliatives", Jean-Martin Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 2 ed. (Paris: Adrien Delahaye, 1874; primera edición, 1866 - 1867), 3. Besides, many health centres in the United Kingdom have been working with drugs from the end of the 19th century. Even more, Cicely Saunders studied in some of them, see C. Humphreys, "'Waiting for the Last Summons': the Establishment of the First Hospices in England 1878-1914," *Mortality* 6, no. 2 (2001).

⁶⁹² See *supra*, p. 157 et seq.

of understand the appearance of the new medicine of pain as the result of a differentiation process between acute and chronic pain⁶⁹³, the medicalization process of the last one could be only possible through the accumulation of *similar* narratives of experiences that we suppose equivalents⁶⁹⁴. This collection of narratives explains the emergence of the medicine of pain, linked with the creation of a new group, a new interactive category of those whose experiences are similar (because their narratives *are* similar): the patient of chronic pain. Therefore, the understanding of intractable chronic pain as a disease will be the consequence of these narrations. In the same way, the “reiteration of his symptoms” will transform the narrator into a patient⁶⁹⁵.

In my dissertation, I have faced an experience that changed from that of Calero and Sorolla to something more similar to that of Zenobia. The narratives changed, and also the narrators. Although it looks as if they were talking about the *same thing* (incurable disease), they were talking about completely different things, actually. Palliative Care, as a discipline, will introduce this new understanding of patient’s experience in the definition of “terminally ill”, distinguishing this way between their patients and the old category “incurable ill”.

2. *History from patient’s perspective*: We need a history from the patient’s perspective –with Cooter’s and Condrau’s amendments–, to give account of this change⁶⁹⁶. I have proposed a redefinition of capital concepts for the issue such as those of health, disease, and even patient. I have based these changes on Hacking’s historical ontology. Historical ontology’s subject is the “*kinds of people as objects of*

⁶⁹³ Moscoso, *Historia cultural del dolor*, 290.

⁶⁹⁴ “[...] what confers credibility and emotional value to their narratives is neither their adaptation to a theoretical frame that is always inadequate, nor the correspondence between lesion and pain, always questioned, but the resemblance with other narratives *about the same*”, *ibid.*, 291. My own translation.

⁶⁹⁵ *Ibid.*, 304.

⁶⁹⁶ Roy Porter, “The Patient’s View: Doing Medical History from below,” *Theory and Society* 14, no. 2 (1985); Roger Cooter, “After Death / After-‘Life’: The Social History of Medicine in Post-Postmodernity,” *Soc Hist Med* 20, no. 3 (2005); Florin Condrau, “The Patient’s View Meets the Clinical Gaze,” *Soc Hist Med* 20, no. 3 (2007).

scientific inquiry"⁶⁹⁷, that is scientific categories applied to people. The relationship between the category and those categorized is explained by *dynamic nominalism*, Hacking's philosophical theory about the interaction between names and people. He explains interaction through two *slogans*: the "looping effect" and the "making up people". The first one explains how the category produces some changes in the people categorized, and how people, after the change, changes the category, which should include the change suffered by the classified in the classification. The second one explains how sometimes the creation of a new category produces a new kind of people. That is, the category modifies the self-understanding of the people classified to such an extent that they become a completely different kind of people. Therefore, the interactive category includes the experience of those categorized in his definition. In other words, the definition of "incurable disease" (as a dynamic category) includes the experience of incurable patients.

The history of the category "terminally ill" –of its prehistory, as specified in the introduction–, from the patient's perspective involves the study of the loop effect. That is, the study of how the patient's experience modified the category "incurable ill", and how this change reshaped patient's experience again. This chain of changes –the "making up" of people, actually–, leads to the emergence of the new category "terminally ill". That is exactly what I meant with the following quote from the introduction: "we cannot reduce «the history from below» to repeat old stories from a different perspective. We must be able to create *new stories*"⁶⁹⁸. But, what changed exactly? The experience of being ill, of being *incurably* ill of course, but in what extent? I have placed the shift in the understanding of how their disease and their life as a project were related. And I have identified the shift as the hope of made the dying process part of this project, part of the life, not its end "in advance". To reach this objective, pain control is needed. As Zenobia taught us, pain is the last enemy: the dying process must be painless to be part of the patient's vital project, because pain is what immobilizes our life, stopping our projects. Saunder's palliative care is one among many possible responses to this

⁶⁹⁷ Ian Hacking, "Kinds of People: Moving Targets," *Proceedings of the British Academy* 151(2007): 292.

⁶⁹⁸ See p. 26

need. The new category “terminally ill” is not limited to separate those incurable patients with a short life expectancy from those with a longer one. Its novelty lies in the integration of this new understanding of the dying process.

3. The material culture of disease: I have made use of material culture as the main source in two chapters of my dissertation. I have use it in part by obligation: the lack of other sources –such as Nuestra Señora del Carmen inmate’s narratives–, made me to look for alternative sources that opened up the door to the patient’s experiences. But I have use material culture voluntary, also, as part of a research interest in historical ontology. Ian Hacking pointed out material culture as essential part of the process of creation and definition of categories⁶⁹⁹. However, he did not explore its role deeply in his texts on historical ontology. A secondary aim in my dissertation was to fill this gap.

To study in depth the role played by material culture in the emergence of new interactive categories I have looked for a theory relating inmate’s experience, the objects surrounding them, and the spaces they lived in. I have chose Daniel Miller’s “humility of things” for its emphasis in the dynamic relationship between material culture and the formation of experience⁷⁰⁰. In addition, my focus on the emotional aspects of experience made necessary to examine the connections between material culture and emotions. I have looked for a definition of “emotion” beyond the classic description as a “spontaneous subjective reaction” to the outside world. Tiedens and Leach’s dynamic theory of emotions offered such a definition:

[...] emotion is conceptualized as socially constituted. In this form of sociality, emotion is seen as being defined by and defining social relationships. This perspective suggests that we cannot know anything about our social relationships without the emotions that we use to navigate ourselves through these relationships. But, similarly, emotion is fully encompassed by those social relationships. This implies that emotion does not exist within the solitary

⁶⁹⁹ Ian Hacking, *The Social Construction of What?* (Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press, 1999), 10.

⁷⁰⁰ Daniel Miller, *Material Culture and Mass Consumption*. (Oxford: Blacwell, 1987).

individual because it depends on social configuration to not just trigger it, but also to actually form it.⁷⁰¹

Following this definition, I have considered emotions as “defined by and defining” our relationships with social and material world. This way, I have been able to understand how our interaction with space creates an emotional experience, and how this experience changes our encounter with space, generating new experiences. In my first case study, Nuestra Señora del Carmen’s spatial distribution was designed for engendered a specific emotional experience. In the second one, Zenobia attempted to create a space, through object accumulation, in which a definite set of emotions were encouraged. The concept “emotional space – coined to explain this dynamic between material culture, space and emotions–, have been used to identify the changes in the experience of being ill that took place between the deaths of Calero and Zenobia, through the analysis of the differences between the space inhabited by the first, and the space the second built.

As I have sustained at the beginning of the conclusions, the distance between Calero and Zenobia’s experiences allows us to understand the emergence of the interactive category “terminally ill”. Through the analysis of material culture, we can detect the different ways in which illness was part of their vital experience. Whereas Calero lived his disease as an end, Zenobia rebelled against this notion and tried to incorporate it into her life. Her friends and acquaintances shared Zenobia’s attitude, and never tried to dissuade her from it, neither to take her to the hospital. On the contrary, they supported her until the end. David Tasma and Cicely Saunders also shared this vision. They looked for alternatives to facilitate this integration during their conversations in 1947⁷⁰².

This modification in patient’s experience, in the meaning they ascribe to disease, made possible the emergence of the new category in opposition to the old “incurable ill”. Therefore, a terminally ill will be an incurable ill with a short life expectancy but, above all, he or she will be (or should be, at least) someone who experience disease as part of his or her life, as a period to be incorporated to his or

⁷⁰¹ Larissa Z. Tiedens y Colin W. Leach, eds., *The Social Life of Emotions* (Cambridge: Cambridge University Press, 2004), 3.

⁷⁰² See p. 17, fn. 5.

her vital experiences and could be even more positive than others⁷⁰³. Obviously, it does not mean that you always achieve the integration –the opposite is more frequent, in fact–, but only that it is possible. And, even more important for my conclusions, once the Palliative Care adopted this task as its main goal as a discipline, such integration became one of the objectives of medicine.

The new style of scientific thinking appears, finally, as the product of a set of cultural dynamics that I have tried to outline in my dissertation. Since I have stress the importance of patient's experience in the emergence and stabilization of the new style, I have put aside other capital elements in its configuration: the influence of interwar holistic approach to medicine; the appearance of new and more effective drugs against pain; the new cultural form of facing death and disease, briefly sketched in this conclusions; as well as other elements (disabled veterans lobbies; population ageing) that were important for its development, some of them mentioned by the extensive bibliography of Hospice movement history. But we cannot understand the emergence of the new category "terminally ill" if we do not take into account the process I have expounded in the present dissertation: the changes happened in inmate's experience are the key element of all the story.

⁷⁰³ Kleinman, *What Really Matters. Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*, 141.

Anexo: conclusiones

El 17 de julio de 1920, Joaquín Sorolla (1863–1923) pintaba en el jardín de su casa en Chamberí (Ilustración 30) el retrato de Mabel Rick, mujer del escritor y diplomático Ramón Pérez de Ayala (1880–1962), amigos del pintor. El cuadro, titulado *Retrato de la Señora de Pérez de Ayala* (Ilustración 31), se puede contemplar actualmente en la casa-museo del pintor valenciano. Será este el último retrato que pintaría el creador del luminismo, su última pintura. La desmesurada producción de Sorolla –según su biznieta y autora de su catálogo razonado, más de 4.000 obras⁷⁰⁴– se cierra con este cuadro. Un cuadro inconcluso, sin la luz que caracteriza la obra de Sorolla y que le valió el sobrenombre de “el pintor de la luz”, aquí sustituida por los trazos marrones y verdes que rodean la figura de Mabel Rick. Con cierta ironía, la última creación de Sorolla es una obra inacabada, algo apropiado para el pintor que nunca quiso dejar de pintar.



Ilustración 30: Joaquín Sorolla en el jardín de su casa en Chamberí, c. 1920. Fuente: Archivo de la Casa-Museo "Joaquín Sorolla".

⁷⁰⁴ Virginia Drake, "Blanca Pons Sorolla: «Sorolla y su mujer tenían un plan para triunfar y lo cumplieron»." *XL Semanal*, del 21 al 27 de junio de 2009.

Lo que ocurrió aquella mañana de julio de 1920, el acontecimiento que impidió a Sorolla terminar el retrato de Mabel Rick, no es ningún misterio. Pérez de Ayala, presente en el jardín al tiempo que su esposa, dejó por escrito, con su habitual precisión aprendida de Clarín, los momentos postreros del artista:

Una fina y templada mañana madrileña del mes de julio, en su jardín, Sorolla pintaba el retrato de mi mujer, observándole yo, a su lado. Éramos los tres solos, bajo una pérgola enramada. Levantose una vez y se encaminó hacia su estudio. Subiendo los escalones, cayó. Acudimos mi mujer y yo en su ayuda, juzgando que había tropezado. Le pusimos en pie, pero no podía sostenerse. La mitad izquierda del rostro se le contraía en un gesto inmóvil, un gesto aniñado y compungido, que inspiraba dolor, piedad, ternura. Comprendimos la dramática verdad; la cuerda extremadamente tirante se había quebrado. (Sorolla sentía el pavor y el presentimiento de la parálisis; años antes había padecido un amago). Aun así y todo, rebelde contra la fatalidad que ya le había asido con su inexorable mano de hierro, Sorolla quiso seguir pintando. En vano procuramos disuadirle. Se obstinó, con irritación de niño mimado a quien, con pasmo suyo, contrarían. La paleta se le caía de la mano izquierda; la diestra, con el pincel mal sujeto, apenas le obedecía. Dio cuatro pinceladas, largas y vacilantes, desesperadas; cuatro alaridos mudos, ya desde los umbrales de otra vida. ¡Inolvidables pinceladas patéticas! "No puedo", murmuró, con lágrimas en los ojos. Quedó recogido en sí, como absorto en los residuos de luz de su inteligencia, casi apagada, de pronto, por un soplo absurdo e invisible, y dijo "Que haya un imbécil más, ¿qué importa al mundo?"⁷⁰⁵

Pocas veces, a lo largo de la presente investigación, hemos encontrado un texto que resuma, en tan escasas palabras, el impacto de la enfermedad en la vida del enfermo. El texto de Pérez de Ayala nos habla del efecto que este fulgurante ataque de apoplejía (enfermedad, recordemos, tan presente en los listados del Nuestra Señora del Carmen) tiene en la vida del artista, incapaz de seguir el retrato, incapaz de seguir, en definitiva, su carrera profesional. También nos habla de la impresión que Sorolla tiene de sí mismo a raíz de su enfermedad, del significado (o mejor, de la ausencia de significado) que atribuye a su vida a partir de ese momento: "un

⁷⁰⁵ Ramón Pérez de Ayala, "Sorolla," en *Ramón Pérez de Ayala y las artes plásticas. Escritos sobre arte de Ramón Pérez de Ayala*, ed. Florencio Frieria Suárez y José Tomás Cañas Jiménez (Granada: Fundación Rodríguez-Acosta, 1991), 245.

imbécil más”. En esa misma frase, en la pregunta que la cierra, se resume toda una visión de cómo la sociedad percibe al enfermo incapacitado, ¿qué le importa al mundo que haya un idiota más, un discapacitado más, un enfermo más? Nada, no le importa nada, porque el enfermo, el idiota, el discapacitado ya no forman parte del mundo...

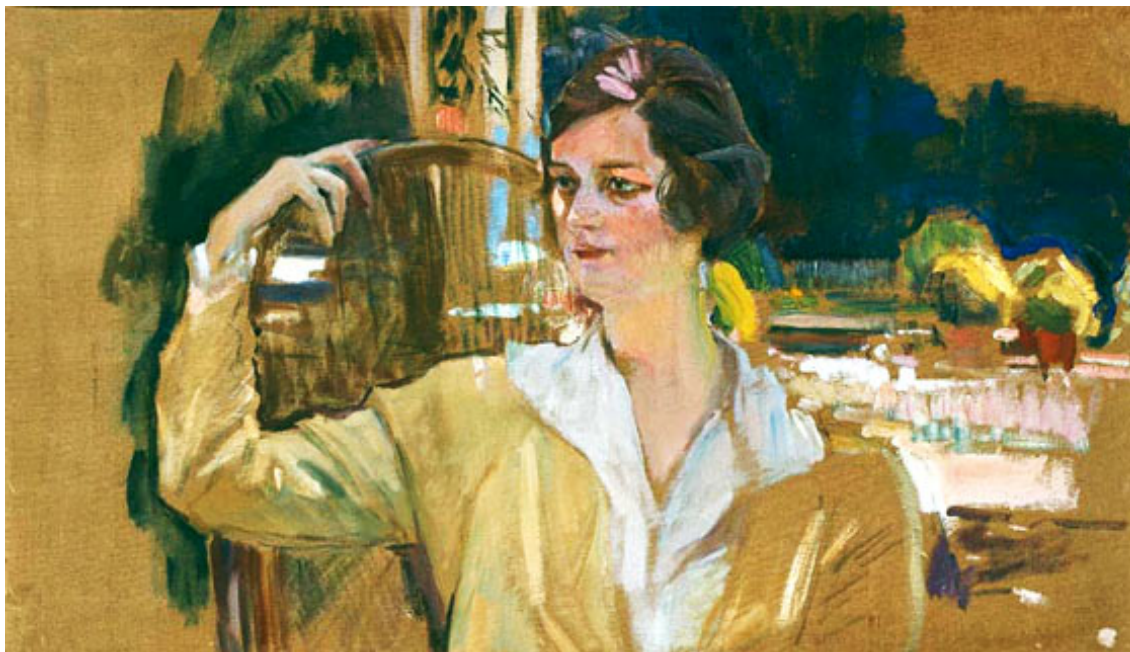


Ilustración 31: Joaquín Sorolla, Retrato de la Señora de Pérez de Ayala, 1920. Casa-Museo “Joaquín Sorolla”, Nº. Invº. 1.276.

Pero la elocuente descripción de Pérez de Ayala nos aporta más que eso. Nos permite contemplar, de una forma tan plástica como vívida, los efectos físicos de la enfermedad en el cuerpo del enfermo: la imposibilidad de sostenerse por sí mismo (Ilustración 32); el gesto inmóvil, contraído, de su rostro; la incapacidad para sostener la paleta y el pincel; la debilidad de su brazo, incapaz de repetir el trazo certero, firme y decidido que lo caracterizaba, sustituido por pinceladas largas y vacilantes, “alaridos mudos” del pintor que se hace consciente, de un solo golpe, de la imposibilidad de su tarea: “No puedo”, dice Sorolla. Y esa negación, llena de autocompasión, será el epitafio de su pintura. Y en cierto sentido de su vida.

Pero hay algo más en el texto, algo que también hemos visto en otros escritos presentados a lo largo de este trabajo: el gesto de Sorolla, contraído e inmóvil, no

es otro que el de un niño. “Aniñado y compungido”, dice Pérez de Ayala, para rematar, apenas unas líneas más abajo, con ese “niño mimado” que convierte la irritación del artista en capricho irresponsable ante la advertencia de los que intentan protegerlo, de los que, “en vano”, intentan disuadirlo. Sus lágrimas son el resultado de la confrontación entre la realidad de su cuerpo frágil y el deseo de ser parte del mundo. Un mundo que, a partir de ahora, le será vedado, pues se encuentra en “los umbrales de otra vida”.



Ilustración 32: Joaquín Sorolla apoyándose en un bastón se reclina sobre el hombro derecho del editor y pintor Fernando Viscai. Posiblemente San Sebastián, 21/09/1921. Archivo de la Casa-Museo “Joaquín Sorolla”.

La enfermedad de Sorolla se desarrollará desde 1920 hasta 1923. Treinta años la separan de la historia de Calero que abría la presente tesis. Otros treinta de la de Zenobia y Juan Ramón, que la cierra. Sin embargo, la experiencia del valenciano se parecerá más a la del primero que a la de la segunda: su actividad social se reduce,

y aunque recibe visitas en casa, su mujer, Clotilde, las restringe al máximo. Su entorno, como el de Calero, estará estrictamente controlado, de forma que nada lo perturbe, que nada ponga en peligro una recuperación en la que, conforme pasa el tiempo, cada vez creen menos. Pero este control no implicaba confinamiento. Al contrario, Sorolla viajará constantemente durante estos tres años: de Chamberí a Cercedilla, donde tiene una casa; de Cercedilla a San Sebastián, buscando el clima beneficioso de la capital guipuzcoana y las aguas frías del Cantábrico; de San Sebastián a Valencia, donde esperan la luz y el calor. Estos viajes responden, no obstante, a la misma lógica a la que respondía el encierro de Calero: buscar el entorno que fuera más favorable para su débil constitución. Son las dos caras de una misma moneda, respuestas paralelas ante un mismo fenómeno, adaptadas a las circunstancias particulares del enfermo. De la misma forma que el conde de Toreno tuvo una experiencia de su enfermedad distinta a la de Antonio Larrín⁷⁰⁶, la terapéutica aplicada a Sorolla no podía ser la misma que la recomendada para Calero. Es la misma lógica que sigue Juan Ramón al internarse voluntariamente en el Sanatorio del Doctor Ezquerdo, a principios de siglo, la forma cultural que su supuesta hipocondría, denunciada por los hermanos Machado, Villaespesa y Cansinos-Assens, adopta⁷⁰⁷. Los cambios que, según nuestra hipótesis principal, se producen en las primeras décadas del siglo XX, critican este acercamiento al fenómeno de la enfermedad, y proponen una nueva aproximación que sustituya a la anterior.

1. Un cambio de estilo: La lógica identificada en las conductas de Juan Ramón o de Clotilde de Sorolla es el resultado de la confluencia de varios factores: la irrupción de la medicina clínica a principios del siglo XIX en Francia⁷⁰⁸; la aparición del higienismo a mediados del mismo siglo⁷⁰⁹; el papel que la religión juega en la gestión de la muerte y la enfermedad, entendiendo el sufrimiento como uno de los caminos posibles a la conversión y el arrepentimiento⁷¹⁰; y, por último, la

⁷⁰⁶ Cfr. supra, p. 165

⁷⁰⁷ Cfr. supra, p. 252-253

⁷⁰⁸ Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*.

⁷⁰⁹ Ann Elizabeth Fowler La Berge, *Mission and Method. The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1992).

⁷¹⁰ Grenet, *Arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para uso de las familias en general y*

concepción burguesa del ser humano expresada en los escritos de Monlau, entre otros⁷¹¹. Todos estos elementos convergen para dar forma a una cultura de la enfermedad que deberemos llamar burguesa, pues será la burguesía –entendida no como una clase social, sino como una cultura, una forma de vida⁷¹²–, la que la desarrolle en los hospitales parisinos, la aplique en sus reformas de la sanidad y beneficencia en toda Europa y la que la mantenga, en lo público pero sobre todo en el entorno privado, hasta bien entrado el siglo XX.

Esta forma de entender la enfermedad es la que hemos intentado comprender a lo largo de nuestra tesis, pues será a partir de su definitiva desaparición, aproximadamente tras la Segunda Guerra Mundial, cuando aparezcan nuevas perspectivas y aproximaciones al problema del dolor y el sufrimiento del paciente. El modelo burgués de entender la salud y la enfermedad empieza a ser cuestionado, sin embargo, mucho antes. En concreto tras la Primera Guerra Mundial, momento en que la cultura desarrollada por la burguesía durante el siglo XIX será criticada desde diversos frentes. Por una parte, a través de un cambio en la concepción del individuo que suplantará a la burguesa, como se hace evidente en el cambio de actitud de William H. Rivers hacia los soldados víctimas de ataques nerviosos en el frente o que habían denunciado públicamente la inutilidad de la contienda⁷¹³. A esta crítica de orden moral y psicológico se une otra relativa a la

de las enfermeras religiosas en particular. Esta forma de entender el sufrimiento sigue presente en la Iglesia, en la carta apostólica *Salvifici Doloris* podemos leer: “El sufrimiento debe servir para la conversión, es decir, para la reconstrucción del bien en el sujeto, que puede reconocer la misericordia divina en esta llamada a la penitencia”, Karol Józef Wojtyła, *Salvifici Doloris* (11 de febrero de 1984). (Madrid: Editorial Paulinas, 1984), 12.

⁷¹¹ Novella, “La política del Yo: ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX.”

⁷¹² Darnton, *The Great Cat Massacre and other Episodes in French Cultural History*, 139.

⁷¹³ Arthur Kleinman, *What Really Matters. Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*. (Oxford: Oxford University Press, 2006), 196-236. Existe una excelente versión novelada de este periodo en la vida del antropólogo y psiquiatra de Oxford a cargo de Pat Barker en su trilogía *Regeneration*, compuesta por los libros *Regeneration* (1991), *The Eye in the Door* (1993) y *The Ghost Road* (1995). El impacto de la Gran Guerra en la aparición de una nueva forma de relacionarse con la muerte, a través de la revalorización de la memoria, concretada en el rito de la conmemoración, se estudia en J. M. Winter, *Sites of Memory, Sites of Mourning: the Great War in European Cultural*

organización de la práctica médica, que extenderá parte de lo ensayado durante la guerra a la vida civil, creando el actual sistema sanitario –que en la introducción hemos identificado con el modelo biomédico⁷¹⁴–, basado en hospitales que son, a la vez, centros de investigación y educación⁷¹⁵. Si bien el principal manifiesto a favor de esta postura –el llamado *Informe Flexner*–, data de 1910, será tras la Gran Guerra que esta reforma se ponga en marcha⁷¹⁶.

Entra en crisis por tanto la concepción burguesa del individuo, así como el recurso a la higiene como principal respuesta sanitaria y la medicina clínica como base científica de la misma, sustituida por la biomedicina. Tres de los pilares que sustentaban la respuesta burguesa al fenómeno de la enfermedad irán desapareciendo progresivamente. El cuarto de estos pilares, el sufrimiento como herramienta salvífica, será cuestionado a partir de 1945, con la aparición de los estudios sobre el dolor de John J. Bonica y la creación de las primeras clínicas del dolor. El desarrollo posterior de los cuidados paliativos y el concepto de *total pain* por parte de Cicely Saunders, en la década de 1960, incidirá en la misma

History. (Cambridge: Cambridge University Press, 1995); J. M. Winter, *Remembering War: the Great War between Memory and History in the Twentieth Century*. (New Haven, Conn. & London: Yale University Press, 2006).

⁷¹⁴ Cfr. *supra*, p. 21.

⁷¹⁵ Steve Sturdy y Roger Cooter, "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain C. 1870 - 1950," *History of Science* 36, no. 114 (1998).

⁷¹⁶ Abraham Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*. (New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910). Sobre la medicina de entreguerras, el énfasis en la investigación biomédica y los cambios en la organización sanitaria ver Christopher Lawrence, "Continuity in Crisis: Medicine, 1914-1945," en *The Western Medical Tradition. 1800 to 2000*, ed. W.F. Bynum, et al. (Cambridge: Cambridge University Press, 2006), 266 y ss. El mismo proceso, pero esta vez centrado en el Reino Unido, en el ya citado Sturdy y Cooter, "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain C. 1870 - 1950." El periodo posterior se estudia en Quirke y Gaudillière, "The Era of Biomedicine: Science, Medicine, and Public Health in Britain and France after the Second World War." Sobre guerra y medicina, los trabajos ya clásicos editados por Cooter son indispensables. Para analizar el papel jugado por la medicina durante las guerras de finales del siglo XIX y principios del XX el libro fundamental es Roger Cooter, Mark Harrison y Steve Sturdy, eds., *War, Medicine and Modernity* (Stroud: Sutton, 1998). Este libro debe completarse con Roger Cooter, ed. *Medicine and Modern Warfare* (Amsterdam: Rodopi, 1999).

dirección⁷¹⁷. Ambos autores coinciden en la necesidad de que el dolor sea tratado farmacológicamente con el objetivo de ser paliado. Respecto a su valor salvífico, sin embargo, mantienen posturas dispares: mientras que Bonica no entra a valorarlo, Saunders sostiene que el empleo de drogas para evitar el sufrimiento no impide que los últimos momentos de vida de un enfermo puedan ser útiles para su conversión y salvación, si bien el objetivo principal de sus cuidados paliativos no será, ni mucho menos, el de conseguirla⁷¹⁸. Nada de esto nos permite comprender, sin embargo, por qué aparece la nueva categoría “enfermo terminal” ni la disciplina de los cuidados paliativos, con su especial énfasis en mejorar la experiencia del paciente de su enfermedad. Si bien podemos relacionar el método del nuevo estilo de pensamiento (el control de síntomas) con la desaparición de una concepción religiosa del sufrimiento en las ciencias sanitarias, el objeto de la nueva disciplina (el enfermo terminal) no aparece como resultado de ninguno de los desarrollos mencionados⁷¹⁹. Esto se debe a que la novedad esencial de la nueva categoría consiste en la recuperación de un elemento que la nueva ciencia biomédica había dejado de lado al abandonar la concepción burguesa de enfermedad: la experiencia del paciente de la enfermedad incurable forma parte

⁷¹⁷ John J. Bonica, *The Management of Pain: with Special Emphasis on the Use of Analgesic Block in Diagnosis, Prognosis and Therapy*. (London: Henry Kimpton, 1953); Cicely M. Saunders, "The Management of Patients in the Terminal Stage," en *Cancer*, ed. R. Raven (London: Butterworth and Company, 1960); Saunders, "Drug Treatment of Patients in the Terminal Stages of Cancer."

⁷¹⁸ David Clark, "'Total Pain', Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders 1958-67," *Soc Sci Med* 49, no. 6 (1999); D. B. Hinshaw, "Spiritual Issues in Surgical Palliative Care," *The Surgical Clinics of North America* 85, no. 2 (2005).

⁷¹⁹ Evidentemente, el abandono de la concepción religiosa del “dolor salvífico” no es explicación suficiente de la adopción del control de síntomas como método de los cuidados paliativos. Quedaría por explicar cómo consigue convivir con otro de los significados atribuidos tradicionalmente al dolor en medicina, del que también hemos hablado en la primera parte de la tesis: el dolor como síntoma. Sobre los diversos significados del dolor, no sólo en medicina, sino en la cultura occidental, véase Moscoso, *Historia cultural del dolor*. Por otra parte, tampoco se trata, en sí mismo, de un método novedoso. Recordemos que Charcot ya indica que los únicos remedios disponibles en los hospitales que podían resultar eficaces eran “los paliativos”, cfr. supra, p. 75 y Charcot, *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*, 3. También en Inglaterra varias instituciones, en algunas de las cuales se formó la propia Saunders, trabajaban en esta dirección, cfr. C. Humphreys, "'Waiting for the Last Summons': the Establishment of the First Hospices in England 1878-1914," *Mortality* 6, no. 2 (2001).

de su definición⁷²⁰. Javier Moscoso, en su excelente trabajo sobre la historia del dolor, llega a conclusiones similares a las nuestras cuando analiza la emergencia del dolor crónico como categoría médica a principios del siglo XX. Partiendo de la incapacidad de entender la aparición de la nueva medicina del dolor como el resultado de un proceso de diferenciación entre dolores agudos y crónicos⁷²¹, el proceso de medicalización de este último sólo será posible a través de la acumulación de relatos *similares* de una experiencia que se supone *semejante*⁷²². Es esta reunión de relatos la que posibilita el surgimiento de una medicina del dolor, ligada a la creación de un nuevo grupo, de una nueva clase interactiva: la de aquellos cuya experiencia es similar, los enfermos de dolor crónico. El dolor crónico intratable como enfermedad será, por tanto, el resultado de tales narraciones, de la misma forma que la “*reiteración de sus síntomas*” permitirá transformar al narrador en enfermo⁷²³.

En nuestro caso debemos enfrentarnos a una experiencia que ha variado, que se ha modificado desde Calero y Sorolla para convertirse en algo más parecido a la de Zenobia. Los relatos han cambiado y por tanto también los narradores. Aunque parecen hablar de *lo mismo* (la enfermedad incurable) en realidad nos cuentan cosas totalmente distintas. La disciplina de los cuidados paliativos introducirá esta nueva forma de entender la experiencia en la definición de la categoría “enfermo terminal”, diferenciándola así de la antigua categoría de enfermo incurable y completando la aparición del nuevo estilo de pensamiento. Pero para dar cuenta de esto es necesario hacer una historia desde el punto de vista del paciente.

2. La historia desde el punto de vista del paciente: Hemos apostado por una historia que intente superar la formulación de Porter para incluir las críticas de Condrau y Cooter, incidiendo en la necesidad de reformular categorías como las de salud o

⁷²⁰ Cfr. supra, p. 157 y ss.

⁷²¹ Moscoso, *Historia cultural del dolor*, 290.

⁷²² “[...] lo que confiere credibilidad y valor emocional a su narración no es la adecuación a un marco teórico que siempre se muestra insuficiente, mucho menos aún la correspondencia siempre cuestionada entre lesión y dolor, sino la semejanza con otras narraciones *de lo mismo*.” Ibid., 291.

⁷²³ Ibid., 304.

enfermedad⁷²⁴. Nuestra intención ha sido narrar nuevos procesos que se hacen evidentes únicamente desde esta nueva perspectiva. Esta propuesta se basa en la ontología histórica de Ian Hacking, que se sustenta en dos pilares básicos: el nominalismo dinámico y las categorías interactivas. El nominalismo dinámico, que es la base de la ontología histórica, incluye, por un lado, las categorías universales aristotélicas y por otro los hechos particulares que caen bajo dichas categorías, pero situados en el tiempo, sujetos a la historia. La relación entre la categoría y los hechos particulares se organiza de acuerdo a dos principios: por un lado, nuestras clasificaciones interactúan con las personas que caen bajo la categoría, es decir, son interactivas. En segundo lugar, la creación de una nueva clasificación (o la modificación de los criterios de aplicación de una antigua) puede tener efectos sobre los individuos clasificados, hasta el punto de crear un nuevo tipo de persona. Hacking denomina a la primera hipótesis *efecto bucle*, y a la segunda *fabricar personas*. Hemos concluido que, al asumir estos postulados, las categorías interactivas incluyen en su definición la experiencia de los que son categorizados. En otras palabras, la definición de enfermedad incurable incluye la experiencia de aquellos que son categorizados como “enfermos incurables”⁷²⁵.

La historia de la categoría “enfermo terminal” –o mejor su prehistoria, como indicábamos en la introducción–, desde esta “perspectiva del paciente” corregida consistirá, por tanto, en el estudio del efecto bucle. Esto es, de cómo la experiencia del paciente ha hecho variar la categoría y de cómo ese cambio hace variar, nuevamente, dicha experiencia, creando una nueva clase de seres humanos. A esto nos referimos cuando insistimos en que la “historia desde abajo” no debe reducirse a contar viejas historias desde un punto de vista diferente, sino que tiene que ser capaz de generar otras nuevas. Nuestro análisis de la experiencia de Calero y de

⁷²⁴ Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from below."; Cooter, "After Death / After-Life': The Social History of Medicine in Post-Postmodernity."; Condrau, "The Patient's View Meets the Clinical Gaze."

⁷²⁵ Son muchos los lugares en que Hacking expone tanto el efecto bucle como la fabricación de personas, muchos de los cuales hemos mencionado anteriormente. Véase por ejemplo Hacking, *Historical Ontology*, 26; Ian Hacking, "Genetics, Biosocial Groups & the Future of Identity," *Daedalus* 135, no. 4 (2006); Hacking, "Natural Kinds: Rosy Dawn, Scholastic Twilight."; Hacking, "Kinds of People: Moving Targets."

sus compañeros en el Hospital Nuestra Señora del Carmen, así como de la de Zenobia, muestra cómo el cambio no se da sólo en la forma de organizar la atención sanitaria o en la aparición de nuevas teorías psicológicas sobre la constitución del individuo. Al introducir la experiencia del paciente dentro del proceso de creación y aplicación de categorías añadimos a todos estos elementos las modificaciones que se producen en la forma de entender, por parte del paciente incurable, su propia enfermedad en relación con su vida como proyecto⁷²⁶. Del paciente y, por supuesto, de aquellos que lo rodean. Un cambio que hemos cifrado en la esperanza de que el proceso de la muerte sea parte de su vida, no el fin anticipado de esta. Para ello es necesario el control del dolor, y la propuesta de Saunders es una respuesta a esta necesidad: para que el proceso de la muerte del enfermo incurable pueda formar parte de su proyecto vital este debe producirse, dentro de lo posible, sin dolor, pues es el dolor, como hemos visto en la historia de Zenobia, lo que nos incapacita para continuar nuestros proyectos. La nueva categoría “enfermo terminal”, por tanto, no se limita a separar a los enfermos incurables con una esperanza de vida corta a causa de su enfermedad, de aquellos cuya esperanza de vida es mayor. Su novedad consiste en que integra esta nueva forma de entender el proceso de la muerte cuando es el resultado de una enfermedad incurable.

3. La cultura material de la enfermedad: La elección de la cultura material de la enfermedad como la fuente principal de varias secciones de nuestro estudio ha sido, en parte, obligada y en parte elegida voluntariamente. Obligada por la tantas veces mencionada ausencia de narrativas en primera persona de los internos en el Nuestra Señora del Carmen, que nos empujó a buscar fuentes alternativas que nos permitieran entender cómo pudo ser la experiencia de estos enfermos. Pero también escogida, pues entre los elementos que, según Hacking, forman parte de la definición de una categoría debe contarse la cultura material⁷²⁷. Sin embargo, este tal vez sea el elemento menos explorado por el filósofo canadiense en sus diversos estudios sobre categorías interactivas. A la necesidad de nuevas fuentes uníamos el

⁷²⁶ Cfr. supra, p. 289.

⁷²⁷ Hacking, *¿La construcción social de qué?*, 33.

interés por explorar un elemento que había sido escasamente tratado en la literatura sobre ontología histórica.

Para profundizar en el papel de la cultura material en la constitución de categorías interactivas hemos buscado una teoría que ponga en relación la experiencia del enfermo, los objetos que lo rodean y los espacios en que dicha experiencia se produce. La teoría de la humildad de los objetos del antropólogo Daniel Miller, que defiende una relación dinámica entre cultura material y constitución de la experiencia, ha cumplido este papel. Al centrarnos en los componentes emocionales de la experiencia también resultó necesario explorar la relación entre mundo material y emociones. Hemos buscado para ello una definición de “emoción” que fuera más allá de su caracterización clásica como una respuesta subjetiva al ambiente. La teoría, nuevamente dinámica, de Tiedens y Leach nos ha servido para tal fin⁷²⁸. Al considerar las emociones como un elemento constituido por, y constitutivo de, nuestras relaciones con el mundo material y social que nos rodea, hemos sido capaces de entender cómo nuestra interacción con los espacios es capaz de generar una experiencia emocional y cómo, al mismo tiempo, nuestras emociones son capaces de cambiar los espacios, generando nuevas experiencias de los mismos. Al aplicar esta aproximación a nuestros estudios de caso –el análisis del espacio ocupado por el Nuestra Señora del Carmen y la creación de la Sala Zenobia Camprubí-Juan Ramón Jiménez–, hemos podido comprobar ambos puntos. En el primer caso, la constitución espacial del Nuestra Señora del Carmen buscaba generar una determinada experiencia emocional en aquellos que lo habitaban. En el caso de Zenobia, se busca crear un espacio, a través de la acumulación de objetos, capaz de generar, una vez más, unas emociones determinadas. El concepto de “espacio emocional” –acuñado para explicar el funcionamiento de esta dinámica entre cultura material, espacio y emociones–, nos ha permitido identificar los cambios producidos en la experiencia de enfermar durante el periodo transcurrido entre la muerte de Calero y la de Zenobia, mediante el análisis de la variación entre el espacio emocional que el primero habita y el que la segunda crea.

⁷²⁸ Tiedens y Leach, eds., *The Social Life of Emotions*.

Como hemos sostenido al inicio de estas conclusiones, es esa distancia entre ambas experiencias –la de Calero y la de Zenobia–, la que nos permite comprender la aparición de la categoría enfermo terminal. A través del análisis de la cultura material que los rodea hemos sido capaces de detectar un cambio en la forma en que la enfermedad forma parte de su experiencia vital. Mientras que en el primero su enfermedad era vivida como un final, Zenobia se rebela a comprenderla de esta forma, y lucha por integrarla en su vida. Esta actitud de Zenobia es compartida por quienes la rodean, que en ningún momento intentan disuadirla o recluirla en su casa o en una clínica, sino que al contrario la apoyan en su lucha. También es compartida por David Tasma y Cicely Saunders, que en las conversaciones que mantienen en 1947 no hacen sino buscar alternativas que faciliten esa integración⁷²⁹.

Es este cambio en la experiencia del paciente, en el significado que atribuye a su enfermedad, el que posibilita la aparición de la nueva categoría que se desgaja de la de “enfermo incurable”. Así, un enfermo terminal será un enfermo incurable con una breve esperanza de vida, pero sobre todo es (o debería ser) una persona que experimenta su enfermedad como una parte más de su vida, como un periodo que debe integrarse dentro de sus experiencias vitales y que puede ser, incluso, más pleno que otros anteriores⁷³⁰. Obviamente, esto no quiere decir que dicha integración se logre –de hecho, lo más común es que *no* se logre–, tan sólo que es posible y, más importante para nuestras conclusiones, desde el momento en que la nueva disciplina de los cuidados paliativos adopta esta tarea como un fin fundamental, dicha integración pasa a ser uno de los objetivos a alcanzar por la medicina.

Se completa así la aparición del nuevo estilo de pensamiento, producto de toda una serie de dinámicas culturales que en la presente tesis hemos apenas esbozado. Al centrarnos en la experiencia del paciente, que considerábamos fundamental para entender su aparición y constitución, hemos dejado de lado aspectos importantes que contribuyen a la estabilización del nuevo estilo: la influencia del pensamiento médico holista de entreguerras; la aparición de nuevos fármacos más eficaces en la

⁷²⁹ Cfr. supra, p. 17, nota 5.

⁷³⁰ Kleinman, *What Really Matters. Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*, 141.

lucha del dolor; la aparición de una nueva forma cultural de enfrentarse a la muerte y a la enfermedad, brevemente bosquejada en estas conclusiones; así como otros elementos (la presión de los mutilados de guerra por mejorar sus condiciones de vida, el envejecimiento de la población) que son sin duda importantes para su desarrollo, algunos de los cuales han sido recogidos en la amplia historiografía del movimiento *hospice*. No obstante, entendemos que ninguno de estos elementos nos permiten entender, por sí mismos, la aparición de la nueva categoría si no se toma en cuenta el cambio en la experiencia de enfermar que hemos descrito.

Bibliografía

Archivos consultados

Archivo Histórico Nacional

Fondo Moderno, Ministerio de Gobernación, Secretaría General de Beneficencia

Archivo del Museo Sorolla

Fondo de Fotografía Antigua
Correspondencia

Publicaciones periódicas (anteriores a 1900)

Archives Générales de Médecine (1823-1898)

Boletín Bibliográfico Español y Estrangero (1842-1868)

Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia (1834-1853)

El Imparcial (1868-1933)

Gaceta Médica (1845-1853)

La Correspondencia de España (1860-1925)

La Dinastía (1883-1904)

La Iberia (1854-1898)

La Ilustración Española y Americana (1869-1921)

La Vanguardia (1881-)

Medico Chirurgical Transactions (1807-1907)

Mémoires de l'Académie Royale de Médecine (1828-1879)

New York Times (1851-)

Revista de España (1868-1894)

Semanario Pintoresco Español (1836-1857)

Fuentes publicadas (anteriores a 1900)

- Adelon. *Dicctionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sur le rapport théorique et pratique*. 2è éd. ed. Paris: Béchet jeune, 1832 - 1846.
- Alemán, Mateo. *Vida y hechos del pícaro Guzmán de Alfarache. Atalaya de la vida humana*. Paris: Baudry, 1847.
- Anónimo. "Beneficencia pública. Artículo III." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Tercera Serie, no. 150 (1848): 361.
- . *El párroco con los enfermos ó sea algunos avisos prácticos para los principiantes en dicha carrera*. Barcelona: Librería Religiosa - Imprenta de Pablo Riera, 1859.
- . "Proyecto sanitario de beneficencia." *Gaceta Médica* II, no. 38 (1846): 297 - 98.
- . "Proyecto sanitario de beneficencia." *Gaceta Médica* II, no. 45 (1846): 351 - 52.
- Arenal, Concepción. *El visitador del pobre*. Primera edición, 1863. Madrid: Victoriano Suárez, 1946.
- . "La Taberna." *España Social* 7 (1911): 3.
- . "¡Pobres pobres!" *La Iberia*, 28/11/1868, 1.
- Barthe et Barthe, André. *Le salaire des Ouvriers en Espagne*. Madrid: s.e., 1896.
- Bégin, L-J. *Dictionnaire des termes de médecine, chirurgie, art vétérinaire, pharmacie, histoire naturelle, botanique, physique, chimie, etc.* Paris: Crevot, Béchet, Baillière, 1823.
- Boucher, Louis. "La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790. Ses Origins et son fonctionnement au XVIIIe siècle." Université de Paris, 1883.
- Bourgeois, Louise. *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruicts, foecondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz amplement traittées heureusement pratiques*. Paris: A. Saugrain, 1617.
- Broussais, François-Joseph-Victor. *Cours de Pathologie et de Thérapeutique Générales*. 2 ed. 5 vols. Paris: J.B. Baillière, 1834 - 1835.
- . *Examen de la doctrine médical généralement adoptée et des systèmes modernes de nosologie*. Paris: J. Moronval, 1816.
- . *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*. 3 ed. 4 vols. Vol. 2. Paris & Bruxelles: M. Delaunay & Dépôt General de la Librairie Medicale Française, 1829.
- Canstatt, Carl. *Die Krankheiten des höheren Alters und ihre Heilung dargestellt*. Erlangen: Enke, 1839.
- Capendu, Ernesto. "El Capitán de la Chesnaye." *La Correspondencia de España*, 19/01/1880.

- Charcot, Jean-Martin. "Études pour servir a l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaires chronique forme primitive, etc.", Université de Paris, 1853.
- . "Goutte Rhumatisme. Manuscrits des leçons de J.M. Charcot." <http://jubil.upnc.fr>.
- . *Lecciones Clínicas sobre las Enfermedades de los Viejos y las Enfermedades Crónicas*. Primera edición, 1866 - 1867. Madrid: Enrique Teodoro, 1883.
- . *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques*. 2 ed. Primera edición, 1866 - 1867. Paris: Adrien Delahaye, 1874.
- Colegio de Farmacéuticos de Madrid, Ilustre. *Tarifa del Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Madrid para la Tasación de Medicamentos*. Madrid: Gregorio Juste, 1881.
- Dallemagne, J. *Dégénérés et Déséquilibrés*. Bruxelles & Paris: Henri Lamertin & Félix Alcan, 1896.
- de la Torre, Godofredo. "Casa de Maternidad público-reservada." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* II, no. 83 (1852): 247 - 48.
- de Llanos, J. M. "Apuntes estadísticos sobre el Hospital General de Madrid, recogidos por D. J.M. de Llanos." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Época. III, no. 114 (1853): 74 - 79.
- de Salas, Francisco Gregorio. *Colección de los epigramas y otras poesías satíricas y jocosas*. Madrid: Repullés, 1816.
- Descuret, J.B.F. *La médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*. Paris: Labé, 1844.
- Domingo Mambrilla, Clemente. "La Beneficencia Pública." *Revista de España* CXLVIII (1894): 422 - 33.
- Doré, Gustave y Jean Charles Davillier. *Viaje por España*. 2 vols. Vol. 2. Primera edición, 1862-1873. Madrid: Anjana Ediciones, 1982.
- Dumas, Charles Louis. *Tratado Analítico de las enfermedades crónicas; ó Doctrina General acerca de estos males, para fundar sobre ella su conocimiento teórico y práctico*. 3 vols. Vol. 2. Primera edición, 1812. Madrid: José del Collado, 1817.
- Durand-Fardel, Maxime. *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*. Paris: Germer Baillière, 1854.
- . *Tratado Práctico de las Enfermedades Crónicas*. 3 vols. Vol. 1, Biblioteca Escogida de "El Siglo Médico". Primera edición, 1854. Madrid: Enrique Teodori, 1877.
- Erischne. "Observación de un caso de envenenamiento por el opio, combatido con el mayor éxito por medio de la electricidad." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Serie, no. 74 (1842): 11.
- Escalada, Gregorio de, Antonio Saez, José de Arce y Manuel Santos Guerra. *Nuevo Formulario Médico-Quirúrgico de los Hospitales Generales y demás*

- Establecimientos de Beneficencia de Madrid*. 2ª ed. Madrid: D.E. Aguado, 1853.
- Falret, Jean Pierre. *De l'Hypochondrie et du suicide. Considérations sur les causes, sur le suège at le traitement de es maladies, sur les motens d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le développement*. Paris: Croullebois, 1822.
- Fischer, Ioannis Bernhardi. *De senio, eiusque gradibus et morbis, nec non de eiusdem acquisitione, tractatus, de novo revisus...* Erfordia: In Officina Weberiana, 1760.
- Fleury, Louis. *Traité thérapeutique et clinique de d'Hydrothérapie. De l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies chroniques*. 3 ed. Paris: P. Asselin, 1866.
- Floyer, John. *Medicina Gerocomica: or the Galenic Art of Preserving old Men's Health*. London: J. Isted, 1724.
- G., E. P. y. "Ventajas del láudano líquido en la curación de las oftalmias." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia Segunda Serie*, no. 44 (1841): 61 - 62.
- Gardoqui, J. *Tratado de las enfermedades de los órganos que componen el aparato respiratorio*. Cadiz: Librería de Ferros, 1835.
- Gintrac, Elie. *Cours Théoretique et Clinique de Pathologie Interne et de Thérapie Médical*. Vol. 1. Paris: Germer Báillière, 1853.
- Gracián, Lorenzo. *Obras de Lorenzo Gracián. Tomo primero, que contiene El Criticón...* Barcelona: Pedro Escuder y Pablo Nadal, 1748.
- Grassi, A. *Novísimo Manual de Buenas Maneras, para uso de la juventud de ambos sexos*. Madrid: Calleja, López y Rivadeneyra, editores, 1859.
- Guibourt. *Mémoire sur le dosage de l'Opium et sur la quantité de Morphine que l'Opium doit contenir. Observations sur le Laudanum liquide de Sydenham*. Paris: E. Thunot et C., 1862.
- Hahnemann, Samuel. *Des Maladies Chroniques, de leur nature spéciale et de leur traitement homoeopathique*. Lyon: Louis Babeuf, 1832.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich. *Fenomenología del Espíritu*. Traducción de Wenceslao Roces. Primera edición, 1807. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- Hernández Iglesias, Fermín. *La Beneficencia en España*. 2 vols. Vol. 1. Madrid: Establecimientos tipográficos de Manuel Minuesa, 1876.
- . *La Beneficencia en España*. 2 vols. Vol. 2. Madrid: Establecimientos tipográficos de Manuel Minuesa, 1876.
- Hidalgo, Dionisio. *Boletín Bibliográfico Español*. Vol. III. Madrid: Imprenta de las Escuelas Pías, 1862.
- Husson, Armand. *Étude sur les Hopitaux considérés sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*. Paris: Paul Dupont, 1862.

- J.O. "Toxicología. Estadística de los casos de envenenamiento que han sido averiguados en Inglaterra en todo el año 1839." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Serie, no. 15 (1840): 117.
- Jaccoud, Sigismond. *Nouveau dictionnaire de médecine de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte*. Paris: J.B. Bailliere, 1864 - 1878.
- Jiménez, Manuel. *Tarifa General Farmaceutica ó método general, facil y sencillo de tasar recetas, Que contiene los precios de...* Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz, 1838.
- Justicia, Ministerio de. *Colección Legislativa de España* Madrid: Imprenta del Ministerio de Gracia y Justicia, 1860.
- Kierkegaard, Soren. *La enfermedad mortal*. Primera edición, 1849. Madrid: Alba, 2005.
- Kosclakiewitz, Dr. "Observaciones acerca del reumatismo articular agudo curado por los sudoríficos y los polvos de Dower." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Tercera Serie, no. 5 (1846): 35 - 36.
- Landré-Beauvais, Agustin-Jacob. *Séméiotique, ou Traité des signes des maladies*. 3 ed. Paris: J.A. Brosson, 1818.
- Letourneau, Charles Jean Marie. *Physiologie des passions*. Paris: G. Baillière, 1868.
- Littré, Emile y Charles Robin. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. 13 ed. Paris: J.-B. Baillière, 1873.
- Madrid, Justo de. *Reglamentos y constituciones de la Casa Hospital de Jesús Nazareno para las pobres impedidas é incurables...* Madrid: Imprenta Real, 1803.
- Marcet, Alexander. "An Account of the Effects produced by a Large Quantity of Laudanum Taken Internally, and of the Means Used to Counteract this Effects." *Medico Chirurgical Transactions* 1 (1809): 77 - 82.
- Massé, Jules. *Trois maladies réputées incurables. Épilepsie - Dartres - Scrofules (Exemples de guérison)*. Paris: P. Brunet, 1861.
- Medicina, Academia Nacional de, ed. *Farmacopea Oficial Española*. 6 ed. Madrid: Gregoria Estrada, 1884.
- Merino y Pichijo, Gabriel. *Currillo el esquilaor: parodia en un acto y cuatro cuadros (de la zarzuela "San Franco de Sena")*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de M.P. Montoya y Compañía, 1884.
- Mesonero Romanos, Ramón. *El antiguo Madrid, paseos histórico-anecdóticos por las calles y casas de esta villa*. Facsimil ed. Primera edición, 1861. Madrid: Trigo Ediciones, 2000.
- Monlau, Pedro Felipe. *Elementos de higiene privada o arte de conservar la salud del individuo*. 3 ed. Madrid: Librería de Moya y Plaza, 1864.
- . *Elementos de Higiene Pública*. 2 vols. Vol. 2. Barcelona: Imprenta de D. Pablo Riera, 1847.

- . *Higiene Industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?* Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, 1856.
- Monlau, Pedro Felipe y Jose María Rey y Heredia. *Curso de Psicología y Lógica*. 7 ed. 2 vols. Primera edición, 1849. Madrid: M. Rivadeneyra, 1866.
- Nietzsche, Friedrich. *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida [II Intempestiva]*. Primera edición, 1874. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.
- Nysten, P. H., Emile Littré y Charles Robin. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire de P.-H. Nysten, 12e édition, entièrement refondue*. Paris: J.-B. Baillière, 1865.
- NYT. "He described his death." *New York Times*, 30/11 1896.
- Panckoucke, Charles-Joseph, Henri Agasse y Veuve d'Henri Agasse, eds. *Encyclopédie méthodique*. 16 vols, Medicine. Paris & Liège: Packoucke & Plomteux, 1787 - 1830.
- Panckoucke, Charles-Louis-Fleury, ed. *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*. 60 vols. Paris: C.L.F. Panckoucke, 1812 - 1822.
- Parrot, Jules. *La syphilis héréditaire et le rachitis: maladies des enfants*. Paris: G. Masson, 1886.
- Pinel, Philip. "Considérations sur la constitution sénile et sur son influence dans les maladies aiguës." *Memoires et observations: Archives générales de médecine* I, no. 2 (1823).
- . *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*. Paris: J.A. Brosson, 1804.
- Prus, Clovis René. "Recherches sur les maladies de la vieillesse." *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine* 8 (1840): 1 - 27.
- Racicot, Antoine. "Improvement in Medical Compounds for Cholera." In 140.642, edited by United States Patent Office. United States, 1873.
- Racle, V.A. *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique par l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies*. 3 ed. Paris: J.B. Baillière et Fils, 1864.
- Reino, Comisión de Estadística General del. *Anuario Estadístico de España*. Madrid: Editora Nacional, 1858.
- Rilliet, Frédéric y Ernest Barthez. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. Paris: G. Baillière, 1861.
- Rodrigues, Hubert. "Memoria sobre el Cólera-morbo; por el Doctor Hubert Rodrigues, profesor de Montpellier (sic). Sócio de varias Academias nacionales y extranjeras, premiado con la medalla del cólera etc. etc. (Continuación)." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Tercera Serie. Tomo IV, no. 165 (1849): 57 - 59.
- Salarich, Joaquim. "Higiene del Tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón." Primera edición, 1858. En *Condiciones de vida y*

- trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, editado por Pedro Felipe Monlau, Joaquim Salarich y Antoni Jutglar. Barcelona: Anthropos, 1984.
- Salazar, M.R. "Contestación a las ideas del Sr. Hysern sobre Homeopatía." *Gaceta Médica* II, no. 42 (1846): 329 - 30.
- Salazar, M.R. "Contestación a las ideas del Sr. Hysern sobre Homeopatía." *Gaceta Médica* II, no. 44 (1846): 345 - 46.
- Simon, Max. "Del insomnio considerado como indicación terapéutica especial y de los medios característicos para combatirlo." *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* Segunda Serie, no. 68 (1841): 249 - 53.
- Sollier, P. *Guide Pratique des Maladies Mentales (Séméiologie - Pronostic - Indications)*. Paris: G. Masson, 1893.
- Ventosa, E. *Espanoles y marroquies. Historia de la Guerra de África* Barcelona: Librería de Salvador Manero, 1860.
- VV.AA. *Curso académico de 1881 - 82. Historias clínicas de los enfermos acogidos durante el citado curso en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid recogidas y publicadas por la Redacción de "El Alumno Médico"*. Madrid: Administración, 1882.
- Wright, Thomas. *Passions of the Minde in Generall*. Primera edición, 1601. Urbana, IL: University of illinois Press, 1971.
- X. "Visita de S.M. la Reina al Hospital de Jesús Nazareno." *La Ilustración Española y Americana*, 5 de abril 1871.

Fuentes publicadas (posteriores a 1900)

- Achenbaum, W. Andrew. *Crossing Frontiers. Gerontology Emerges as a Science*. New York: Cambridge University Press, 1995.
- Ackerknecht, Erwin H. *Le médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris: Payot, 1986.
- Alberti, Fay Bound. "Introduction: Emotion Theory and Medical History." En *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, editado por Fay Bound Alberti, xiii-xxvii. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006.
- . *Matters of the Hearth. History, Medicine, and Emotion*. New York: Oxford University Press, 2010.
- ed. *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006.
- Alcoff, Linda Martín. *Real Knowing: New Versions of the Coherence Theory*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1996.
- Althoff, Gerd. "Ira Regis: Prolegomena to a History of Royal Anger." En *Anger's Past: the Social Uses of an Emotion in the Middle Ages*, editado por Barbara H. Rosenwein, 59-76. Ithaca & London: Cornell University Press, 1998.

- Álvarez-Sierra, José. *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Publicaciones de la Beneficencia Municipal. Madrid: Artes Gráficas Municipales, 1952.
- Anderson, Ben. "Affective Atmospheres." *Emotion, Space and Society* 2 (2009): 77-81.
- Appadurai, Arjun. "Introduction: Commodities and the Politics of Value." Primera edición, 1986. En *The Social Life of Things*, editado por Arjun Appadurai, 3 - 63. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- , ed. *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*. Primera edición, 1986. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Arquiola, Elvira. *La vejez a debate*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995.
- Arquiola, Elvira y Luis Montiel. *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1993.
- Arranz, Pilar, Javier Barbero, Pilar Barreto y Ramón Bayés. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. 2 ed. Barcelona: Ariel, 2005.
- Arteche, A. *Fitoterapia, Vademecum de prescripción*. Barcelona: Masson S.A., 1998.
- Asbury, Herbert. *Gangs de Nueva York. Bandas y bandidos en la Gran Manzana (1800 - 1925)*. Primera edición, 1927. Barcelona: Edhasa, 2003.
- Baroja, Pio. *Aurora Roja*. Primera edición, 1904. Madrid: Alianza Editorial, 2007.
- . *El árbol de la ciencia*. Primera edición, 1911. Madrid: Caro Raggio / Cátedra, 2008.
- . *La Busca*. Primera edición, 1904. Madrid: Alianza Editorial, 2007.
- . *Mala hierba*. Primera edición, 1904. Madrid: Alianza Editorial, 2008.
- Barona Vilar, Carmen. *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. Valencia: Universitat de València, 2006.
- Battersby, Christine. "The Man of Passion: Emotion, Philosophy and Sexual Difference." En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 139-53. Aldershot: Ashgate, 2005.
- Berkow, Sam Gordon. "A Visit with Dr. Joe Vincent Meigs." *Obstetrics and Gynecology* 13, no. 5 (1959): 621-29.
- Bernal, John D. *Science in History*. London: Watts, 1954.
- Bonach, Christian y Anne Rasmussen. *Histoire et Médicament aux XIXe et XXe Siècles*. Paris: Éditions Glyphe, 1990.
- Bonica, John J. *The Management of Pain: with Special Emphasis on the Use of Analgesic Block in Diagnosis, Prognosis and Therapy*. London: Henry Kimpton, 1953.
- Boorse, Christopher. "On the Distinction between Disease and Illness." *Philosophy and Public Affairs* 5, no. 1 (1975): 49 - 68.

- Bourke, Joanna. "Fear and Anxiety: Writing about Emotions in Modern History." *History Workshop Journal* 55, no. 1 (2003): 111 - 33.
- . *Fear: a Cultural History*. London: Virago Press, 2005.
- Bozal, Valeriano. *Johannes Vermeer de Delft*. Madrid: Tf. editores, 2002.
- Broncano, Fernando. "Consideraciones epistemológicas acerca del "sentido de agencia"." *Logos. Anales del Seminario de Metafísica* 39 (2006).
- . "Prácticas, representación y experiencia." 35: Universidad Carlos III, 2004.
- Brown, Bill. *A Sense of Things: the Object Matter of American Literature*. Chicago & London: University of Chicago Press, 2003.
- Brunton, Deborah, ed. *Medicine Transformed: Health, Disease and Society in Europe, 1800-1930*. Manchester: Manchester U.P. / Open University, 2004.
- Burke, Peter. *Hablar y callar. Funciones sociales del lenguaje a través de la historia*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- . "Is there a Cultural History of the Emotions?". En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 35-48. Aldershot: Ashgate, 2005.
- . "Obertura: la nueva historia, su pasado y su futuro." En *Formas de hacer historia*, editado por Peter Burke, 13 - 38. Madrid: Alianza, 2003.
- . *¿Qué es la historia cultural?* Barcelona: Paidós, 2006.
- Bynum, W.F. "The rise of Science in Medicine, 1850-1913." En *The Western Medical Tradition, 1800 to 2000*, editado por W.F. Bynum, Anne Hardy, Stephen Jacyna, Christopher Lawrence y E. M. Tansey, 111-246. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- Campos Marín, Ricardo. *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*. Madrid: CSIC, 1997.
- Campos Marín, Ricardo, José Martínez Pérez y Rafael Huertas. *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. Madrid: CSIC, 2000.
- Camprubí, Zenobia. *Diario. 3. Puerto Rico (1951-1956)*. 3 vols. Vol. 3. Madrid: Alianza Editorial / La Editorial, Universidad de Puerto Rico, 2006.
- . *Epistolario I. Cartas a Juan Guerrero Ruiz. 1917-1956*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes, 2006.
- Camprubí, Zenobia y Graciela Palau de Nemes. *Epistolario. 1948-1956*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes, 2009.
- Canguilhem, George. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.
- Cansinos-Asséns, Rafael. *La novela de un literato (Hombres-Ideas-Efemérides-Anécdotas...)*. Vol. 1. (1882-1914). Madrid: Alianza Editorial, 1982.
- Caplan, Arthur A. "The Concepts of Health, Illness and Disease." En *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, editado por W.F. Bynum y Roy Porter, 233 - 48. London: Routledge, 1993.

- Carasa Soto, Pedro. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid - Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca, 1985.
- Carballo Barral, Borja. "La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915)."
- Carretero, Jose María. "En el mundo del dolor. Una visita al Hospital Central." *Nuevo Mundo*, 16/08/1918.
- Centeno Cortés, Carlos y Pedro Arnillas Gómez. "Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos." En *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer*, editado por Marcos Gómez Sancho, 235 - 48. Las Palmas: ICEPS, 1988.
- Centeno Cortés, Carlos, Silvia Hernansanz de la Calle y Pedro Arnillas Gómez. "Historia del movimiento Hospice. El desarrollo de los cuidados paliativos en España." En *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, editado por Marcos Gómez Sancho. Madrid: Aran, 1999.
- Clark, David. "From Margins to Centre: a Review of the History of Palliative Care in Cancer." *The Lancet Oncology* 8, no. 5 (2007): 430 - 38.
- . "'Total Pain', Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders 1958-67." *Soc Sci Med* 49, no. 6 (1999): 727 - 36.
- Clark, David y Fiona Graham. "Evolution and Change in Palliative Care around the World." *Medicine* 39, no. 11 (2011): 636-38.
- Clifford, Nicholas J., Sarah L. Holloway, Stephen P. Rice y Gill Valentine, eds. *Key Concepts in Geography*. London: Sage Publications, 2009.
- Coleman, W. *Death is a Social Disease: Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. Madison: University of Wisconsin Press, 1982.
- Condrau, Florin. "The Patient's View Meets the Clinical Gaze." *Soc Hist Med* 20, no. 3 (2007): 525 - 40.
- . "Who is the Captain of All These Men of Death": The Social Structure of a Tuberculosis Sanatorium in Postwar Germany." *Journal of Interdisciplinary History* 32, no. 2 (2001): 243-62.
- Cook, Gordon Charles. *Victorian Incurables: a History of the Royal Hospital for Neuro-Disability, Putney*. Spennymoor, Durham: Memoir Club, 2004.
- Cooper, Rachel. "Why Hacking is Wrong about Human Kinds." *British Journal for the Philosophy of Science* 55, no. 1 (2004): 73-85.
- Cooter, Roger. "After Death / After-'Life': The Social History of Medicine in Post-Postmodernity." *Soc Hist Med* 20, no. 3 (2005): 441-64.
- . "'Framing' the End of the Social History of Medicine." En *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, editado por Frank Huisman y John Harley Warner, 309 - 37. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004.
- , ed. *Medicine and Modern Warfare*. Amsterdam: Rodopi, 1999.

- Cooter, Roger, Mark Harrison y Steve Sturdy, eds. *War, Medicine and Modernity*. Stroud: Sutton, 1998.
- Cooter, Roger y Claudia Stein. "The New Poverty of Theory: Patrick Joyce and the Politics of "the Material Turn"." *Past and Present* in press (2011).
- Cortés Ibáñez, Emilia. "Zenobia Camprubí, una vida hacia Juan Ramón." Paper presentado en *Zenobia hoy*, Residencia de Estudiantes, Madrid, 7 de noviembre de 2006.
- Crombie, Arthur C. *Styles of Scientific Thinking in the European Tradition*. 3 vols. London: Duckworth, 1994.
- Darnton, Robert. *The Great Cat Massacre and other Episodes in French Cultural History*. Primera edición, 1984. New York: Basic Books, 1999.
- Daston, Lorraine. "On Scientific Observation." *Isis* 99 (2008): 97-110.
- y Peter Galison. *Objectivity*. New York: Zone Books, 2007.
- Davidson, Arnold I. *La aparición de la sexualidad. La epistemología histórica y la formación de conceptos*. Barcelona: Alpha Decay, 2004.
- Davidson, Donald. *Inquiries into Truth and Interpretation*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- Davis, Natalie Zemon. *The Return of Martin Guerre*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1983.
- del Cura, Maria Isabel y Rafael Huertas. *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937 - 1947*. Madrid: CSIC, 2007.
- Derrida, Jacques. *Of Grammatology*. Translated by Gayatri Chakravorty Spivak. Baltimore & London: Johns Hopkins University Press, 1976.
- Devillard, Marie José. "Factores orgánicos y sociales en las enfermedades crónicas progresivas." *Arxiu d'etnografia de Catalunya* 7 (1989): 69 - 82.
- Didi-Huberman, Georges. *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Primera edición, 1982. Madrid: Cátedra, 2007.
- Die-Goyanes, Alfredo y Javier Die-Trill. "José Goyanes. Cirujano y humanista." *Cirugía Española* 83, no. 1 (2008): 8-11.
- Díez de Revenga Torres, F.J. "Juan Ramón y Juan Guerrero Ruiz (algunos datos inéditos)." En *Actas del Congreso Internacional conmemorativo del centenario de Juan Ramón Jiménez, celebrado en la Rábida durante el mes de junio de 1981*. Huelva: Diputación Provincial de Huelva, 1983.
- Dixon, Thomas. *From Passions to Emotions: The Creation of a Secular Psychological Category*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- . "Patients and Passions: Languages of Medicine and Emotion, 1798-1850." En *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, editado por Fay Bound Alberti, 22-52. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006.
- Domínguez Vilaplana, Rafaela y Salvador Rodríguez-Cortelles. "Estudio de los medicamentos recetados a los empleados del Hospital General de Valencia en el año 1814." Paper presentado en *I Jornadas de la Sociedad de Docentes*

Universitarios de Historia de la Farmacia de España, Madrid, 12/13 de Diciembre de 2002.

- Donzelot, Jacques. "Espacio cerrado, trabajo y moralización." En *Espacios de poder*, editado por Robert Castel, Jacques Donzelot, Michel Foucault, Jean-Paul de Gaudemar, Claude Grignon y Francine Muel. Madrid: Ediciones La Piqueta, 1991.
- Drake, Virginia. "Blanca Pons Sorolla: «Sorolla y su mujer tenían un plan para triunfar y lo cumplieron»." *XL Semanal*, del 21 al 27 de junio de 2009.
- Dror, Otniel E. "Dangerous Liaisons: Science, Amusement and the Civilizing Process." En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 223-34. Aldershot: Ashgate, 2005.
- Du Boulay, Shirley. *Cicely Saunders*. London: Hodder & Stoughton, 1993.
- Engelhardt, H. Tristram. "The Concept of Health and Disease." En *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, editado por H. Tristram Engelhardt y S.F. Spicker. Boston: Dordrecht, 1975.
- Ereshefsky, Marc. "Bridging the Gap between Human Kinds and Biological Kinds." *Philosophy of Science* 71, no. 5 (2004): 912-21.
- Escotado, Antonio. *Historia General de las Drogas*. Madrid: Espasa, 2005.
- Fakiner, Nike. "Material Properties and Subjective Experiences: the Distant Proximity of Gustav Zeiller's Wax Models." Paper presentado en *Passionate Minds: Knowledge and the Emotions in Intellectual History*, University of Bucharest, 26-28 may 2011.
- Febvre, Lucien. "La sensibilité et l'histoire." *Ann. d'Hist Sociale* 2 (1940): 5-20.
- Fernández-Torres, B. y C. Márquez-Espinós. "Study about the Pain (1896), by Pio Baroja Nessi (1872 - 1956)." *International Congress Series*, no. 1242 (2002): 513 - 19.
- Figlio, Karl. "Chlorosis and Chronic Disease in Nineteenth-Century Britain: the Social Construction of Somatic Illness in Capitalist Society." *Social History*, no. 3 (1978): 82 - 117.
- Fissell, Mary E. "Making Meaning from the Margins. The New Cultural History of Medicine." En *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, editado por Frank Huisman y John Harley Warner, 364 - 89. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004.
- Fleck, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Primera edición, 1935. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- Flexner, Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- Folch Jou, G. y Francisco Javier Puerto Sarmiento. "Diversos aspectos relacionados con el medicamento y su dispensación en las boticas madrileñas durante las epidemias coléricas del siglo XIX." *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia* 28, no. 115 - 116 (1978): 117 - 55.

- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Primera edición, 1966. Madrid: Siglo XXI, 1999.
- . *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. First edition, 1963. New York: Pantheon Books, 1973.
- . "La gubernamentalidad." En *Espacios de poder*, editado por Robert Castel, Jacques Donzelot, Michel Foucault, Jean-Paul de Gaudemar, Claude Grignon y Francine Muel. Madrid: Ediciones La Piqueta, 1991.
- . *Los anormales: curso del Collège de France (1974 – 1975)*. Madrid: Akal, 2001.
- . "¿Qué es Ilustración?". En *Sobre la Ilustración*, editado por Michel Foucault. Madrid: Tecnos, 2004.
- . *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard, 1975.
- Fowler La Berge, Ann Elizabeth. *Mission and Method. The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Franco Bilbao, Javier y Olga Macías. *Contextos y orígenes del Hospital San Antonio Abad de San Sebastián*. Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2009.
- Frangos, John. *From Housing the Poor to Healing the Sick*. London: Associated University Press, 1997.
- Fresquet, José Luis. "José Goyanes Capdevila (1976-1964)." *Historia de la Medicina.org* (2008).
- Ginzburg, Carlo. *El queso y los gusanos. El cosmos según un molinero del siglo XVI*. Primera edición, 1976. Barcelona: Muchnik Editores, 1997.
- Goffman, Erving. *Forms of Talk*. Oxford: Basil Blackwell, 1981.
- . *Frame Analysis: an Essay on the Organization of Experience*. Harmondsworth: Penguin, 1975.
- . *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. Primera edición, 1975. Madrid: Siglo XXI / CSIC, 2006.
- . *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.
- . *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Primera edición, 1959. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1971.
- González Fernández, Marcelino. *Visita de enfermos y Asistencia de moribundos ó sea Manual teórico-práctico del sacerdote para el ejercicio de aquel ministerio*. Oviedo: Establecimiento Tipográfico "La Cruz", 1906.
- González Ródenas, S. *Juan Ramón Jiménez a través de su biblioteca. Lecturas y traducciones en lengua francesa e inglesa (1881-1936)*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2005.
- Gouk, Penelope y Helen Hills, eds. *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*. Aldershot: Ashgate, 2005.

- . "Towards Histories of Emotions." En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 15-34. Aldershot: Ashgate, 2005.
- Granjel, Luis S. *Historia de la Vejez. Gerontología, gerocultura, geriatría*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1991.
- Grenet, L. *Arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular*. Primera edición, 1895. Barcelona: Gustavo Gili, 1903.
- Grmeck, Mirko D. *On Aging and Old Age. Basic Problems and Historic Aspects of Gerontology and Geriatrics*. La Haye: Funk, 1958.
- Gullón, R. *El último Juan Ramón Jiménez* Primera edición, 1968. Madrid: Signos, 2006.
- Hacking, Ian. "Façonner les gens." In *Cours au Collège de France*. Paris: Collège de France, 2005.
- . "Genetics, Biosocial Groups & the Future of Identity." *Daedalus* 135, no. 4 (2006): 81 - 95.
- . *Historical Ontology*. Cambridge, Mass. & London: Harvard University Press, 2002.
- . "Kinds of People: Moving Targets." *Proceedings of the British Academy* 151 (2007): 285-318.
- . "Kinds of People: Moving Targets." *Proceedings of the British Academy* 151 (2006): 285-318.
- . *¿La construcción social de qué?* Primera edición, 1999. Barcelona: Paidós, 2001.
- . "Language, Truth, and Reason." En *Historical Ontology*, editado por Ian Hacking, 159-77. Cambridge, Mass. & London: Harvard University Press, 2002.
- . "Natural Kinds: Rosy Dawn, Scholastic Twilight." En *Philosophy of Science*, editado por Anthony O'Hear. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- . "Raison et véracité." In *Cours au Collège de France*. Paris: Collège de France, 2006.
- . *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, N.J. ; Chichester: Princeton University Press, 1995.
- . *The Social Construction of What?* Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press, 1999.
- Hall, C. y L. Davidoff. *Family Fortunes. Men and Women of the English Middle Class 1780-1850*. London: Routledge, 2002.
- Harris, Oliver J. T. y Tim Flohr Sørensen. "Rethinking Emotion and Material Culture." *Archaeological Dialogues* 17, no. 2 (2010): 145-63.
- Harrison, Mark. *Disease and the Modern World 1500 to the Present*. Cambridge: Polity, 2005.

- Hauser, Philip. *Madrid bajo el punto de vista médico-social*. 2 vols. Primera edición, 1903. Madrid: Editora Nacional, 1979. Reprint, 1979.
- Hayward, Rhodri. "From Clever Hans to Michael Balint: Emotion, Influence and Unconscious in British Medical Practice." En *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, editado por Fay Bound Alberti, 144-68. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006.
- Heinrich, Liesl M. y Eleonora Gullone. "The Clinical Significance of Loneliness: A Literature Review." *Clinical Psychology Review*, no. 26 (2006): 695 - 718.
- Hicks, Dan. "The Material-Cultural Turn: Event and Effect." En *The Oxford Handbook of Material Culture Studies*, editado por Dan Hicks y Mary C. Beaudry, 25-98. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Hills, Helen. "Architecture and Affect: Leon Battista Alberti and Edification." En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 89-107. Aldershot: Ashgate, 2005.
- Hinshaw, D. B. "Spiritual Issues in Surgical Palliative Care." *The Surgical Clinics of North America* 85, no. 2 (2005): 257 - 72.
- Hojat, M. "Comparison of Transitory and Chronic Loners on Selected Personality Variables." *British Journal of Psychology*, no. 74 (1983): 199-202.
- Hubert, Henri y Marcel Mauss. *Sacrifice: its Nature and Function*. London: Cohen and West, 1964.
- Hudson, Robert. "Concepts of Disease in the West." En *The Cambridge World History of Human Disease*, editado por K.F. Kiple. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Huertas, Rafael. *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: CSIC, 1987.
- . *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro - CSIC, 2008.
- Humphreys, C. "'Waiting for the Last Summons': the Establishment of the First Hospices in England 1878-1914." *Mortality* 6, no. 2 (2001): 146 - 66.
- Hurcombe, Linda M. *Archaeological Artefacts as Material Culture*. London & New York: Routledge, 2007.
- Imbault-Huart, Marie-José. "La vieillesse: état pathologique ou ultime equilibre de vie?". En *Enfermedad y castigo*, editado por Jose Luis Peset. Madrid: Instituto Arnau de Vilanova - Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1984.
- James, William. *Un universo pluralista. Filosofía de la experiencia*. Primera edición, 1909. Buenos Aires: Cactus, 2009.
- Jameson, Fredric. "On Goffman's *Frame Analysis*." Primera edición, 1976. En *Erving Goffman*, editado por Gary Alan Fine y Gregory W.H. Smith, 43-55. London: SAGE Publications, 2000.

- Johnson, Alice A., Janet Mackenzie Hill y Henry HartShorne, eds. *The Household Companion*. Philadelphia: The Uplift publishing co., 1909.
- Johnson, Matthew. *Archaeological Theory. An Introduction*. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
- Jordanova, Ludmilla. "The Social Construction of Medical Knowledge." En *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, editado por Frank Huisman y John Harley Warner, 338 - 63. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004.
- Kapunscinski, Ryszard. *Viajes con Heródoto*. Barcelona: Anagrama, 2006.
- Katz, Stephen. *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville & London: University Press of Virginia, 1996.
- Kellert, Stephen R. "A Sociocultural Concept of Health and Illness " *J. Med. & Phil.* 1, no. 3 (1976): 223 - ??
- King, Lester. "What is Disease?" *Philosophy of Science*, no. 21 (1954): 193 - 203.
- Kleinman, Arthur. *Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books, 1988.
- . *What Really Matters. Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Kopytoff, Igor. "The Cultural Biography of Things: Commoditization as Process." Primera edición, 1986. En *The social life of things. Commodities in perspective*, editado por Arjun Appadurai, 64-91. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Kuhn, Thomas. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- Kus, Susan. "The Matter with Emotions." *Archaeological Dialogues* 17, no. 2 (2010): 167-72.
- Labanyi, Jo. "Doing Things: Emotions, Affect, and Materiality." *Journal of Spanish Cultural Studies* 11, no. 3 (2010): 223-33.
- Lachmund, Jens y Gunnar Stollberg, eds. *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Stuttgart: Franz Steiner, 1992.
- Latour, Bruno. *Nous n'avons jamais été modernes - essai d'anthropologie symétrique*. Paris: La Découverte, 1991.
- Lawrence, Christopher. "Continuity in Crisis: Medicine, 1914-1945." En *The Western Medical Tradition. 1800 to 2000*, editado por W.F. Bynum, Anne Hardy, Stephen Jacyna, Christopher Lawrence y E. M. Tansey, 247-390. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- Layne, L. "'He was a Real Baby with Baby Things': A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss." *Journal of Material Culture* 5, no. 3 (2000): 321-45.
- Le Clech-Charton, Silvie, ed. *Les établissements hospitaliers en France du Moyen Âge au XIXe siècle. Espaces, objets et populations*. Dijon: Editions Universitaires de Dijon, 2010.

- Lellouch, Alain. *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*. Paris: Éditions Payot, 1992.
- Lewis, Milton J. *Medicine and Care of the Dying. A Modern History*. New York: Oxford University Press, 2007.
- Llanos de los Reyes, M. "Sobre los personajes y su técnica de caracterización en "El árbol de la ciencia"." *Espéculo. Revista de estudios literarios*, no. 20 (2002).
- Loudon, Irving. "Chlorosis, Anaemia, and Anorexia Nervosa." *BMJ* 281 (1980): 1669 - 75.
- Lurie, Samuel. "Meigs' Syndrome: The History of the Eponym." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92, no. 2 (2000): 182-85.
- Margolis, Joseph. "The Concept of Disease." *J. Med. & Phil.* 1, no. 3 (1976): 238 - 55.
- Marland, Hilary. "Languages and Landscapes of Emotion: Motherhood and Puerperal Insanity in the Nineteenth Century." En *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, editado por Fay Bound Alberti, 53-78. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006.
- Martin, J.P. *Histoire de la Gériatrie. De l'Antiquité à nos jours*. Levallois Perret: Animagine Édition, 2007.
- Martineaud, Jean-Paul. *La Commune de Paris, l'assistance publique et les Hôpitaux en 1871*. Paris: L'Harmattan, 2004.
- . *Une Histoire de L'Hôpital Lariboisière. Le Versailles de la Misère*. Paris: L'Harmattan, 1998.
- Martínez Domínguez, B. "La formación de capital humano en Galicia (1860-1900)." *Revista Galega de Economía* 12, no. 1 (2003): 1-22.
- Martínez Salazar, Ángel. "Pío Baroja tras las huellas de su apellido." *Sancho el Sabio*, no. 15 (2001): 139 - 56.
- Matt, Susan J. "Current Emotion Research in History: Or, Doing History from the Inside Out." *Emotion Review* 3, no. 1 (2011): 117-24.
- Maza Zorrilla, Elena. *Pobreza y asistencia social en España: siglos XVI al XX*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1987.
- McKeown, Th. *The Rise of Modern Population*. London: Edward Arnold, 1976.
- Miller, Daniel. *Artefact as Categories. A Study of Ceramic Variability in Central India*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- . *Material Culture and Mass Consumption*. Oxford: Blacwell, 1987.
- . "Materiality: An Introduction." En *Materiality*, editado por Daniel Miller, 1-50. Durham & London: Duke University Press, 2005.
- . "The 'Sobbel Effect'." *Metascience* II (2002): 185-200.
- . *Stuff*. Cambridge: Polity Press, 2010.
- . *A Theory of Shopping*. Primera edición, 1998. Cambridge: Polity Press, 2005.

- Miller, Daniel y Fiona Parrott. "Loss and Material Culture in south London." *Journal of the Royal Anthropological Institute* 15, no. 2 (2009): 502-19.
- Miquis, Alejandro. "Cincuenta años de teatro: Nacimiento de la Zarzuela." *ABC*, 20/04/1933.
- Mol, Annemarie. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham & London: Duke University Press, 2002.
- Molina Mansilla, María del Carmen. "Evolución de la normativa española en materia de tráfico de drogas durante el siglo XIX." *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá* (2006): 154 - 205.
- Moscoso, Javier. *Historia cultural del dolor*. Barcelona: Taurus, 2011.
- Munn, Nancy. *Walbiri Iconography: Graphic Representation and Cultural Symbolism in Central Australia Society*. Ithaca: Cornell University Press, 1973.
- Novella, Enric J. "La política del Yo: ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX." *Asclepio* 62, no. 2 (2010): 453-82.
- Nye, Robert A. "William M. Reddy, The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions." *The Journal of Modern History* 75, no. 4 (2003): 920-23.
- Palau de Nemes, Graciela. "De Zenobia y Juan Ramón, los últimos años: cartas (1951-1956)." *Cuadernos hispanoamericanos* 376-378 (1981): 44-66.
- . *Inicios de Zenobia y Juan Ramón Jiménez en América*. Madrid: Fundación Universitaria Española, 1982.
- . "Juan Ramón Jiménez y el Epistolario de Zenobia Camprubí. Convergencias y divergencias." Paper presentado en *Zenobia hoy*, Madrid, 07/11/2006.
- . *Vida y obra de Juan Ramón Jiménez*. Madrid: Gredos, 1957.
- Pérez de Ayala, Ramón. "Sorolla." Primera edición, 1923. En *Ramón Pérez de Ayala y las artes plásticas. Escritos sobre arte de Ramón Pérez de Ayala*, editado por Florencio Frieria Suárez y José Tomás Cañas Jiménez, 240-45. Granada: Fundación Rodríguez-Acosta, 1991.
- Pérez Galdós, Benito. *Las novelas de Torquemada*. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo de Gran Canaria, 2008.
- Peset, Jose Luis. "Pío Baroja, ese pequeño buscador de almas." *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XXVII, no. 99 (2007): 161-67.
- Phillips, M. S. "On the Advantage and Disadvantage of Sentimental History for Life." *History Workshop Journal* 65, no. 1 (2007): 49-64.
- Porro Herrera, M.J. "Zenobia y Juan Ramón en la mirada y la voz de Juan Guerrero Ruiz." *Boletín de la Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes* 156 (2009): 131-46.
- Porter, Roy. "The Patient's View: Doing Medical History from below." *Theory and Society* 14, no. 2 (1985): 175 - 98.
- . "What is Disease?". En *Cambridge Illustrated History of Medicine*, editado por Roy Porter, 82 - 117. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

- Principe, Lawrence M. "Transmuting History." *Isis* 98, no. 4 (2007): 779-87.
- Puértolas, Soledad. "El Madrid de "La Lucha por la Vida" (Pío Baroja, narrador y juez)." En *Malestar cultural y conflicto en la sociedad madrileña*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1991.
- Quine, Willard Van Omar. *Ontological Relativity and Other Essays*. New York: Columbia University Press, 1969.
- Quirke, Viviane y Jean-Paul Gaudillière. "The Era of Biomedicine: Science, Medicine, and Public Health in Britain and France after the Second World War." *Medical History* 52, no. 4 (2008): 441-52.
- Ramsey, Matthew. *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830. The Social World of Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- Raymond, Dominique. *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*. Paris: Brunot-Labbe, 1816.
- Reddy, William M. *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*. Cambridge & New York: Cambridge University Press, 2001.
- Rees, W.D., S.B. Dover y T.S. Low-Beer. "'Patients with Terminal Cancer' who have neither Terminal Illness nor Cancer." *BMJ* 295, no. 6593 (1987): 318 - 19.
- Reix, Nicolas y Gérard Bos. *Les médecins face aux mourants*. Paris: Connaissances et Savoirs, 2004.
- Richards, Graham. "Emotions into Words - or Words into Emotions?". En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 49-65. Aldershot: Ashgate, 2005.
- Riley, James C. *Sickness, Recovery and Death*. Iowa: University of Iowa Press, 1989.
- Risse, Guenter B. *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*. New York & Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Rogers, R. *From the Saloon to the Schoolroom. Educating Bourgeois Girls in Nineteenth-Century France*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press., 2005.
- Romero Maroto, M. *El hospital del siglo XIX en la obra de Concepción Arenal*. La Coruña: Editorial Diputación Provincial, 1988.
- Rosen, George. "People, Disease, and Emotion: Some Newer Problems for Research in Medical History." *Bulletin for the History of Medicine* 41, no. 1 (1967): 5 - 23.
- Rosenwein, Barbara H. *Emotional Communities in the Early Middle Ages*. Ithaca & London: Cornell University Press, 2006.
- . "Letter to the Editor." *The American Historical Review* 112, no. 4 (2007): 1313-14.
- Rosenwein, Barbara H. "Problems and Methods in the History of Emotions." *Passions in Context* 1 (2010): 1- 32.
- . "Worryng about Emotions in History." *The American Historical Review* 107, no. 3 (2002): 821 - 45.

- Sánchez Martín, Francisco Javier. "Aproximación al léxico de los pesos y las medidas de capacidad en la época renacentista." *Interlingüística*, no. 17 (2007): 951 - 60.
- Sárraga, Raquel. "La Sala Zenobia-Juan Ramón Jiménez en la Universidad de Puerto Rico." *Ínsula* 356-357 (1976).
- Saunders, Cicely M. "Drug Treatment of Patients in the Terminal Stages of Cancer." *Cur Med Drugs*, no. 1 (1960): 16 - 28.
- . "The Management of Patients in the Terminal Stage." En *Cancer*, editado por R. Raven, 403 - 17. London: Butterworth and Company, 1960.
- Saunders, E. "Emotional Support and Aid in Financial Planning: Greatest Needs in Caring for the Terminally Ill." *Hospitals* 32, no. 2 (1958): 56 passim.
- Schwartz, Michael. "Bodies of Self-Transcendence: The Spirit of Affect in Giotto and Piero." En *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, editado por Penelope Gouk y Helen Hills, 69-87. Aldershot: Ashgate, 2005.
- Scott, Joan W. "The Evidence of Experience." *Critical Inquiry* 17, no. 4 (1991): 773-97.
- Shanley, M. *Feminism, Marriage and the Law in Victorian England*. Princeton: Princeton University Press, 1989.
- Stahl, Ann Brower. "Material Histories." En *The Oxford Handbook of Material Culture Studies*, editado por Dan Hicks y Mary C. Beaudry, 150-72. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Stearns, Peter N. *American Cool: Constructing a Twentieth-century Emotional Style*. New York: New York University Press, 1994.
- Stock, Brian. *The Implications of Literacy: Written Language and Models of Interpretation in the Eleventh and Twelfth Centuries*. Princeton: Princeton University Press, 1983.
- Stueber, Karsten R. "The Psychological Basis of Historical Explanation: Reenactment, Simulation, and the Fusion of Horizons." *History and Theory* 41, no. 1 (2002): 25-42.
- Sturdy, Steve y Roger Cooter. "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain C. 1870 - 1950." *History of Science* 36, no. 114 (1998): 421 - 66.
- Szabo, Jason. *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2010.
- Tarlow, Sarah. "Pale Reflections." *Archaeological Dialogues* 17, no. 2 (2010): 183-86.
- Temkin, Oswei. "The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness." Primera edición, 1963. En *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, editado por Oswei Temkin, 441 - 56. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. Reprint, 1977.

- Thane, Pat. *The Long History of Old Age*. London: Thames & Hudson, 2005.
- Thompson, John D. y Grace Goldin. *The Hospital: a Social and Architectural History*. New Haven & London: Yale University Press, 1975.
- Thrift, Nigel. "Intensities of Feeling: Towards a Spatial Politics of Affect." *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography* 86, no. 1 (2004): 57-78.
- . *Non-Representational Theory. Space, politics, affect*. Abingdon & New York: Routledge, 2008.
- . "Space: the Fundamental Stuff of Human Geography." En *Key Concepts in Geography*, editado por Nicholas J. Clifford, Sarah L. Holloway, Stephen P. Rice y Gill Valentine, 85-96. London: Sage Publications, 2009.
- Tiedens, Larissa Z. y Colin W. Leach, eds. *The Social Life of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- Toon, Elizabeth. "'Cancer as the General Population Knows It': Knowledge, Fear, and Lay Education in 1950s Britain." *Bulletin for the History of Medicine* 81, no. 1 (2007).
- Torregrosa Díaz, F.J. *Juan Guerrero Ruiz: Vida literaria y Epistolario inédito*. Murcia: Academia Alfonso X el Sabio, 1986.
- Vidal Galache, Florentina. "Ser viejo en Madrid. El Hospital de Incurables de Jesús Nazareno y otros centros de asistencia a los ancianos " *Espacio, Tiempo y Forma. Serie V, Historia contemporánea*, no. 6 (1993): 367 - 76.
- Viñes Rueda, Javier. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de sanidad de Navarra (1870-1902)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad, 2006.
- VV.AA., ed. *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990.
- Weatherall, Miles. *In Search of a Cure. A History of Pharmaceutical Discovery*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
- Wickberg, Daniel. "What is the History of Sensibilities? On Cultural Histories, Old and New." *American Historical Review* 112, no. 3 (2007): 661-84.
- Williams, Elizabeth A. *The Physical and the Moral. Anthropology, Physiology, and Philosophical Medicine in France, 1750-1850*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Wilson, Adrian. "On the History of Disease-concepts: The Case of Pleurisy." *History of Science* 38, no. 121 (2000): 271 - 319.
- Winter, J. M. *Remembering War: the Great War between Memory and History in the Twentieth Century*. New Haven, Conn. & London: Yale University Press, 2006.
- . *Sites of Memory, Sites of Mourning: the Great War in European Cultural History*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Wojtyła, Karol Józef. *Salvifici Doloris (11 de febrero de 1984)*. Madrid: Editorial Paulinas, 1984.
- . *Salvifici Doloris (11 february 1984)*. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1984.

- Young, Allan. "The Anthropologies of Illness and Sickness." *Annual Review of Anthropology* 11 (1982): 257 - 85.
- Zaragoza, Juan Manuel. "The Most Brutal Word: Definitions of Incurable Disease in the 19th Century French Medicine." Paper presentado en *Probing the boundaries. Making sense of: Health, Illness and Disease*, Oxford, 6-8 september.
- Zarza García-Arenal, Clara. "The Emotional Lives of Objects." Paper presentado en *Mastering the emotions: Control, contagion and chaos, 1800 to the present day*, Centre for the History of the Emotions, Queen Mary University, London.

Índice onomástico

- Aroca, Ginesa
255, 272, 279, 287
- Baró, Teodoro
173, 174
- Baroja, Pío
114, 125
- Batlle, Fernando
264, 273, 282, 283, 287
- Benítez, Jaime
271, 272, 273
- Bourke, Joanna
195, 196, 199
- Broussais, François-Joseph-Victor
40, 41
- Burke, Peter
27-28, 181-185, 190-191, 193,
199
- Calero, Juan José
16, 19, 22-25, 27, 29-30, 36-
39, 43, 69, 78-80, 84-86, 92,
105, 117, 120-121, 123-128,
131-137, 140, 143, 146-147,
190, 237, 242-243, 292-293,
297, 300, 306, 307, 311-312,
314-315
- Camprubí, Zenobia
29-30, 245-253, 255-278, 280-
288, 292, 297-298, 300, 306,
311, 313-315
- Canstatt, Carl
50-51
- Charcot, Jean-Martin
24, 43, 45-48, 50, 52, 54, 58-
59, 64, 66, 68, 70-71, 75-78,
141, 224, 237
- Condrau, Florin
26, 145, 152, 175, 297, 311
- Cooter, Roger
26, 152-153, 177, 211, 297,
311
- de Saboya, Amadeo
240
- del Pozzo, María Victoria
240-241
- Durand-Fardel, Maxime
45-46, 48, 50, 52-53, 68, 140-
141, 224-225, 237
- Febvre, Lucien
151, 182
- Foucault, Michel
145, 153, 177, 200, 205, 232
- García Madrid, José
262, 264, 269, 287
- Gato, Ignacio
171-173
- Geertz, Clifford
19, 195
- Gil Roësset, Margarita
261
- Gintrac, Elie
41, 55

- Goffman, Erving
29, 202, 222, 226-227, 229,
232-233, 236, 242, 287
- Gómez Polo, Simón
214-215, 221-222
- Goyanes Capdevila, José
247
- Guerrero Ruiz, Juan
255-256, 258-259, 261, 270,
273-274, 287
- Hacking, Ian
19-22, 26, 38, 145, 152-153,
164, 165-166, 173-174, 176-
177, 200, 204-205, 231-232,
297-299, 312-313
- Hahnemann, Samuel
56
- Hernández Iglesias, Fermín
81, 98
- Heródoto
15-16
- Husson, Armand
66
- Jiménez, Juan Ramón
29, 245-246, 248-255, 257,
260-266, 268-278, 280-281,
283-288, 293, 306-307, 314
- Kapuscinsky, Ryszard
15-16
- Kleinman, Arthur
26, 161, 165, 175
- Martínez, José Rosendo
166-168, 172-174, 176
- Meigs, Joe Vincent
247, 263, 281
- Miller, Daniel
27, 201-207, 209, 299, 314
- Monlau, Pedro Felipe
163, 217-218, 226, 294, 308
- Moreno, Hipólito
213, 221
- Nietzsche, Friedrich
13, 182
- Palau de Nemes, Graciela
245-246, 248-249, 266-267,
269, 278, 281-283, 287
- Pérez de Ayala, Ramón
289-291, 303-306
- Plana, Eduardo
213, 221
- Porter, Roy
22, 25, 27, 144-145, 152, 175,
297, 311
- Queipo de Llano y Gayoso, Francisco
de Borja (VIII Conde de Toreno)
143, 159, 160, 162, 163, 293,
307
- Reddy, William M.
186-191, 196, 199, 206-207
- Rosen, George
25, 27, 144, 146-147, 151-152,
175, 179
- Rosenwein, Barbara H.
183, 186, 191-194, 197, 199,
200
- Saunders, Cicely
16-17, 19, 30, 295-296, 300,
309-310, 313, 315
- Sorolla, Joaquín
261, 274, 285, 289-293, 297,
303-307, 311

